B.I.

Sociedade Portuguesa de Reumatologia
SEDARE DOLOREM OPUS DIVINUM EST
ELEANORA REGINA

N.º 6 | III Série | Distribuição gratuita | Setembro a Dezembro de 2009

Boletim Informativo da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Fechar o ano com chave de ouro
Nova sede da Reumatologia

Especial
Balanço Saúde 2009

José Carlos Teixeira da Costa
Voos interditos

Espaços
Lisboa a Oriente

ARCOXIA
(etoricoxib, MSD)

MSD

www.msd.pt
www.univadis.pt

Quinta da Fonte, Edifício Vasco da Gama, 19 2770-192 Paço de Arcos
PORTO SALVO JAN-2010-FSP-2009-PT-1896-J

FOSAVANCE®
alendronato/colecalciferol

70mg/5600 UI

HUMIRA®
adalimumab

Artrite Reumatóide

Espondiloartropatias

MEDICAMENTO: Humira 40 mg solução injectável em caneta pré-cheia. Cada caneta pré-cheia de 0,8 ml para dose única contém 40 mg de adalimumab. Adalimumab é um anticorpo monoclonal humano recombinante expresso em células de Ovário do Hamster Chinês. Adalimumab liga-se especificamente ao TNF e neutraliza a função biológica do TNF bloqueando a sua interacção com os receptores da superfície celular e modula também as respostas biológicas induzidas ou reguladas pelo TNF. **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:** Humira está indicado no tratamento de: artrite reumatóide activa moderada a grave em adultos e artrite idiopática juvenil poliarticular activa em adolescentes com idades entre 13 e 17 anos, em associação a metotrexato ou em monoterapia em caso de intolerância ou quando o tratamento continuado com metotrexato não é apropriado, em doentes com resposta inadequada a medicamentos anti-reumatismais modificadores da doença; artrite psoriática activa e progressiva em doentes adultos quando a resposta a um tratamento prévio com medicamentos anti-reumatismais modificadores da doença foi inadequada; espondilite anquilosante activa grave nos doentes adultos com resposta inadequada ao tratamento convencional; doença de Crohn activa grave, em doentes que não responderam mesmo após um ciclo completo e adequado de tratamento com um corticosteróide e/ou imunossupressor ou que são intolerantes ou têm contra-indicação para essas terapêuticas; psoríase crónica em placas, moderada a grave em doentes adultos que não tiveram resposta, ou que têm contra-indicação/intolerância a outras terapêuticas sistémicas com a ciclosporina, metotrexato ou PUVA. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** O tratamento com Humira deve ser iniciado e supervisionado por médicos especialistas experientes no diagnóstico e tratamento das patologias para as quais está indicado e os doentes devem receber um cartão de segurança especial. A utilização de outras terapêuticas concomitantes (Ex. corticosteróides, imunomoduladores) deve ser optimizada durante o tratamento com Humira. A dose recomendada em doentes com artrite reumatóide, artrite psoriática, espondilite anquilosante e artrite idiopática juvenil poliarticular é de 40 mg de adalimumab, em semanas alternadas, em dose única, administrado por injecção subcutânea, devendo manter-se o tratamento com metotrexato. Em monoterapia alguns doentes, se apresentarem resposta insuficiente, podem beneficiar com um aumento de dose até 40 mg de adalimumab semanalmente. A resposta clínica é geralmente obtida após 12 semanas de tratamento. Na doença de Crohn e na psoríase, recomenda-se uma dose de indução inicial de 80 mg, seguida de 40 mg em semanas alternadas, uma semana após a dose inicial. Na doença de Crohn pode, se houver necessidade, ser usada inicialmente a dose de 160 mg na semana 0 (quatro injecções num dia ou duas injecções por dia em dois dias consecutivos), e de 80 mg na semana 2. Em doentes idosos não é necessário efectuar ajustes posológicos. Humira não foi estudado em doentes com insuficiência renal e/ou hepática. Dados disponíveis sugerem que a reintrodução de Humira após suspensão por 70 dias ou mais resultou numa resposta clínica com amesma magnitude e perfil de segurança similar, tal como antes da interrupção. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer dos excipientes. Tuberculose activa ou outras infecções graves, nomeadamente, sepsis e infecções oportunistas. Insuficiência cardíaca moderada a grave (classe III/IV da NYHA). **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS:** Foi observado risco aumentado de infecções graves (incluindo pneumonia, pielonefrite, artrite séptica e septicemia, com alguns casos fatais) e de tuberculose em doentes tratados com Humira. A maioria dos casos notificados de tuberculose ocorreu nos primeiros 8 meses. Os doentes devem ser cuidadosamente monitorizados para despiste de infecções, incluindo tuberculose, antes, durante e após o tratamento com Humira. O tratamento não deve ser iniciado em doentes com infecções activas, incluindo infecções crónicas ou localizadas, até que as mesmas estejam controladas. A administração de Humira deve ser interrompida se um doente desenvolver uma nova infecção grave. Antes de iniciar o tratamento com Humira, todos os doentes devem ser avaliados para despiste de tuberculose activa ou latente, procedendo-se de acordo com as recomendações locais para o diagnóstico e para o tratamento que deve ser instituído no caso de se detectar uma tuberculose activa ou latente, previamente ao início de tratamento com Humira. Foram notificados caso de infecções oportunistas graves e sérias como pneumonia a Pneumocystis carinii, histoplasmose disseminada, listeriose e aspergilose em doentes tratados com Humira. Os doentes devem ser aconselhados a consultar o médico se tiverem sinais /sintomas sugestivos de infecção por tuberculose ou de outras infecções atípicas (Ex. tosse persistente, emagrecimento/perda de peso, febrícula, deterioração generalizada). Ocorreu reactivação de hepatite B, em doentes portadores crónicos, tratados com antagonista TNF incluindo Humira, pelo que doentes com risco de infecção HBV devem ser avaliados para uma possível infecção de HBV antes do início do tratamento com Humira. Após comercialização foram notificadas muito raramente reacções alérgicas graves, incluindo anafilaxia, associadas à administração de Humira. Caso se verifique uma reacção anafiláctica ou outra reacção alérgica grave, deve suspender-se imediatamente a administração de Humira e instituir uma terapêutica apropriada. Doentes sensíveis ao látex podem ter reacções alérgicas graves (protecção da agulha da caneta pré cheia tem látex). Os antagonistas do TNF, incluindo Humira, foram associados, em casos raros, com o reaparecimento ou com a exacerbação de sintomatologia clínica e/ou evidência radiográfica de doença desmielinizante, devendo considerar-se o seu uso com precaução nestes doentes. De acordo com o conhecimento actual, não pode ser excluído o possível risco de desenvolvimento de linfomas ou outras neoplasias em doentes tratados com um antagonista TNF, incluindo Humira. Não foram efectuados estudos em doentes com história de neoplasias, devendo ter-se precaução adicional ao considerar tratamento com Humira nestes doentes. Surgiram casos raros de pancitopenia com antagonista TNF. No caso de surgirem sinais e

versão target

COMPARTICIPADO

100%

Humano(1)

Despachos n.º 20510/2008, de 5 de Agosto e n.º 30994/2008, de 2 de Dezembro.

Artrite Idiopática Juvenil

sintomas sugestivos de discrasias sanguíneas durante a terapêutica com Humira, os doentes devem recorrer de imediato ao médico e descontinuar o tratamento se existirem anomalias sanguíneas significativas. Humira deve ser utilizado com precaução em doentes com insuficiência cardíaca ligeira. O tratamento com Humira pode dar origem à formação de anticorpos auto-imunes. Deve suspender-se o tratamento se um doente apresentar sintomas sugestivos de uma síndrome tipo lúpus e se desenvolver positividade para anticorpos contra a dupla cadeia de DNA durante o tratamento com Humira. Doentes tratados com Humira podem receber vacinas concomitantes, excepto vivas. Recomenda-se que os doentes com artrite idiopática juvenil poliarticular, antes de iniciar o tratamento com Humira sejam informados sobre todas as vacinas, de acordo com o actual plano de vacinação nacional. O doente que requeira cirurgia durante o tratamento com Humira deve ser cuidadosamente monitorizado para infecções, e devem ser tomadas acções acções apropriadas, havendo experiência limitada destes casos. Não se recomenda a utilização de adalimumab durante a gravidez e as mulheres em idade fértil deverão ser fortemente aconselhadas a usar um método contraceptivo adequado para evitar a gravidez e continuar a utilizá-lo durante pelo menos cinco meses após o último tratamento com Humira. Não se recomenda a associação de adalimumab com anakinra ou com abatacept. Humira foi avaliado em doentes com artrite reumatóide, artrite idiopática juvenil poliarticular e artrite psoriática, tratados em monoterapia, e em doentes submetidos a um tratamento concomitante com metotrexato, tendo a formação de anticorpos sido mais baixa e a eficácia superior quando Humira foi administrado com metotrexato relativamente ao uso em monoterapia. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Humira foi estudado em 6.593 doentes em ensaios controlados e abertos de duração até 60 meses. A % de doentes que suspendeu o tratamento por efeitos adversos nos principais estudos controlados com placebo em dupla ocultação foi de 4,5% para ambos os grupos tratados com Humira e com placebo. Os efeitos indesejáveis muito frequentes (³ 1/10) foram reacções no local da injecção (dor, eritema, prurido, edema ou hemorragia) – 15% vs 9% com placebo, sem necessidade geralmente de suspensão do tratamento. Os efeitos indesejáveis frequentes (³ 1/100 e <1/10) foram: tonturas, cefaleias, alterações neurológicas, tosse, dor faríngea, diarreia, dor abdominal, estomatite, ulcerações orais, náuseas, erupção cutânea, prurido, dor musculoesquelética, infecções respiratórias inferiores (incluindo pneumonia e bronquite), infecções virais (incluindo influenza e herpes), candidíase, infecções bacterianas (incluindo infecção urinária), infecção respiratória superior, pirexia, fadiga e enzimas hepáticas aumentadas. Para efeitos pouco frequentes ou raros e outras informações de segurança consulte o RCM. A taxa de infecções nos principais estudos controlados foi de 1,58 por doentes/ano com Humira e 1,42 por doentes/ano com placebo e controlo activo. Muitas das infecções sérias ocorrem em doentes com tratamento concomitante com outros imunossupressores, que juntamente com as patologias reumáticas, podem estar predispostos a infecções. Quando associados estes ensaios controlados com os estudos de extensão de fase aberta a decorrerem, com uma média de duração de aproximadamente 1,7 anos incluindo 6.539 doentes e mais de 16.000 doentes/ano de terapêutica, a taxa observada de neoplasias, para além de linfomas e neoplasias cutâneas não melanomas é de aproximadamente 10,1 por 1.000 doentes/ano. Esta taxa total de neoplasias em doentes tratados com Humira foi semelhante à esperada para a idade, sexo, raça da população geral. A taxa observada de neoplasias cutâneas não melanomas é de aproximadamente 9,0 por 1.000 doentes/ano, e a taxa observada de linfomas é de aproximadamente 1,1 por 1.000 doentes/ano. Outras reacções adversas descritas em ensaios clínicos de Fase IV ou pós comercialização: perfuração intestinal, reactivação de hepatite B, perturbações desmielinizantes (p.e. neurite óptica, síndrome de Guillain-Barré), doença pulmonar intersticial, incluindo fibrose pulmonar, vasculites cutâneas, anafilaxia e linfoma hepatoesplénico de linfócitos T. Rev: 10/2008. **Representante local do titular da AIM:** Abbott Laboratórios, Lda. Estrada de Alfragide, 67 - Alfrapark - Edifício D - 2610-008 Amadora. Regime especial de comparticipação – 100% (Despacho nº 20510/2008, de 5 de Agosto) Medicamento Sujeito a Receita Médica Restrita. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.

03/2009/SCD/74

Abbott Laboratórios, Lda.
Estrada de Alfragide, 67 Alfrapark - Edifício D I 2610-008 Amadora I Telf. 21 472 71 00 I Fax. 21 471 44 82
Contribuinte e Matrícula na Conservatória do Reg. Com. da Amadora nº 500 006 148 I Capital Social 7.386.850 €

Abbott
A Promise for Life

Ano Novo…

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia viu concretizada, no passado mês de Outubro, uma velha ambição: a inauguração de um espaço próprio, a sua nova Sede.

Situada numa zona de encruzilhada de acessos a Lisboa – a zona da Expo – o novo espaço apresenta-se com um traço moderno mas operacional, agradável, transmitindo uma sensação de bem-estar que o torna convidativo.

A nova "Casa" da Reumatologia proporcionará condições excelentes de trabalho para os Reumatologistas, constituindo-se como um ponto de encontro de todos os sócios da SPR, ao mesmo tempo que constituirá uma oportunidade para o desenvolvimento de actividades que conduzam ao debate de matérias directa ou indirectamente relacionadas com a especialidade. Assume particular relevo a realização das "Tertúlias Reumatológicas", há muito faladas, e que, agora, têm condições para amadurecerem e emergirem, como oportunidade de convívio e de cultura, de abrangência e de inclusão.

A Sede da nossa Sociedade é o espelho do esforço de todos aqueles que ao longo dos anos, ocupando os seus órgãos sociais, deram de si o melhor, para que ela fosse uma realidade. Para todos vai uma palavra de gratidão, extensiva também ao Instituto Português de Reumatologia que, de forma altruísta, cedeu o espaço por nós anteriormente ocupado.

Dois mil e nove fica também marcado pela afirmação da Reumatologia no plano institucional, nomeadamente como parceira do Ministério da Saúde, através da sua Direcção-Geral, no que às terapêuticas biotecnológicas diz respeito, e pela realização de diversos eventos científicos que marcaram a sua diferenciação.

Mas a abertura de novas Unidades de Reumatologia em Viseu, Guarda e Vila Real de Trás-os-Montes, constituíram um passo em frente na expansão da Especialidade, aumentando a cobertura nacional nos cuidados prestados nesta área do aparelho locomotor, seguindo o espírito, embora nem sempre cumprido de forma rigorosa, da Rede de Referenciação Hospitalar. Ficamos mais ricos, porque mais disponíveis, para servir aqueles que são sempre o objecto da nossa prática clínica diária: os doentes reumáticos.

Para 2010, o Congresso Português de Reumatologia, a realizar no Funchal, em Abril, assumir-se-á como o evento científico de maior dimensão, marcando, como vem sendo hábito, a nossa aproximação às Associações de Doentes, às outras Especialidades que fazem connosco fronteira e às Sociedades Científicas de outros Países, nomeadamente Espanhola e Brasileira. Dois mil e dez será também o ano de reformulação do Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas, a inserir no Plano Nacional de Saúde, esperando-se novas metas e novos desafios que afirmarão, ainda mais, a Reumatologia Portuguesa. Motivos mais do que suficientes para estarmos optimistas. No entanto…

O Natal aí está! É momento de reflexão, de paz e de silêncio interior, no conforto do calor humano proporcionado pela presença da Família e dos Amigos!

Umas Boas Festas e que 2010 vos traga, a todos, tudo de bom! ■

Dr. Luís Maurício
Presidente-Eleito da SPR

Nesta Edição

Tema de Capa 4 a 6
Nova sede da Reumatologia
Fechar o ano com chave de ouro

Especial Balanço 2009 8 a 10
Mês a mês
Assuntos que dominaram a Saúde
Ieda Maria Laurindo, presidente da SBR
Balanço do nosso país-irmão
Citações
Dignas de registo em 2009

Revisão 12 a 14
Armando Malcata, Reumatologista
Gota úrica: há mais vida para além da crise

Opinião 16 a 17
Paulo Clemente Coelho, Reumatologista
A Capilaroscopia

Privado 18 a 19
À conversa com...
José Carlos Teixeira da Costa

Sociedade Reumatológica 22 a 23 | 28
ANEA
Um bom exemplo de integração na comunidade
Nova responsabilidade dos enfermeiros
Curso "Diagnóstico em Osteoporose"
SPR certifica a qualidade da formação da equipa de DIMs RoACTEMRA (Roche)

Relance 24 | 27
Agenda Cultural
Eventos nacionais e internacionais

Paladar 25
Glossário Gourmet

Espaços 33 a 35
Lisboa a Oriente

Destinos 36 a 38
Um dia em Florença

Ficha Técnica

Sociedade Portuguesa de Reumatologia
A SPR é membro da EULAR-European League Against Rheumatism

Propriedade
Sociedade Portuguesa de Reumatologia
Av. de Berlim, nº 33 B
1800-033 Lisboa
info@spreumatologia.pt
www.spreumatologia.pt

Periodicidade
Quadrimestral

Tiragem
3000 exemplares

Depósito legal
265378/07

Direcção
Presidente
Rui André Santos
Vice-Presidente
Viviana Tavares
Vice-Presidente
Rui Leitão
Secretária-Geral
Patrícia Nero
Secretária Adjunta
Helena Canhão
Tesoureira
Lúcia Costa
Vogal Região Norte
Filipe Brandão
Vogal Região Centro
Margarida Oliveira
Vogal Região Sul
Ana Teixeira
Vogal Região Ilhas
Ricardo Figueira

Mesa da Assembleia Geral
Presidente
Augusto Faustino
Secretário
Walter Castelão
Secretário
José Ribeiro

Conselho Fiscal
Presidente
José Vaz Patto
Relator
José Bernardes
Vogal
Maria Manuela Parente
Presidente-Eleito
Luís Maurício

Concepção, edição e paginação: mariadesign

Fechar o ano com chave de ouro

É uma expressão cliché, mas dificilmente outra se encaixaria tão bem neste ano que vai passar… A Sociedade Portuguesa de Reumatologia acaba de inaugurar a sua nova sede

"Cessem do sábio grego e do troiano
As navegações grandes que fizeram;
Cale-se de Alexandro e de Trajano
A fama das vitórias que tiveram;
Que eu canto o peito ilustre lusitano,
A quem Neptuno e Marte obedeceram.
Cesse tudo o que a Musa antiga canta,
Que outro valor mais alto se alevanta.
E vós, Tágides minhas, pois criado
Tendes em mi um novo engenho ardente,
Se sempre em verso humilde celebrado
Foi de mi vosso rio alegremente,
Dai-me agora um som alto e sublimado,
Um estilo grandíloquo e corrente,
Por que de vossas águas Febo ordene
Que não tenham inveja às de Hipocrene."

Lusíadas, canto I

Por incomparáveis que sejam certas cruzadas, a satisfação de missão cumprida tem sempre um valor emocional incalculável. Este sabor a vitória é semelhante à prova de um vinho extraordinário: um fim de boca longo, intenso e encorpado.

Quem conhece o caminho que a Reumatologia traçou sabe que este não foi, de todo, fácil. Como referiu Mário Viana de Queiroz, num célebre texto publicado na Acta Reumatológica de Outubro/Dezembro de 2003 (páginas 267-276), "a Reumatologia não caiu do céu aos trambolhões no Hospital de Santa Maria em 1977". Uns parágrafos adiante, Viana de Queiroz ilustra como era encarada esta área da Medicina em 1972: "Os meus colegas do internato, quando eu lhes dizia que estava em Medicina Interna, mas o que verdadeiramente me interessava era a Reumatologia, olhavam-me estupefactos e pensavam para si que se eu não era doido, era pelo menos atrasado mental".

Reconhecida como especialidade autónoma da Medicina em 1977, a Reumatologia tem pouco mais de 30 anos de currículo em Portugal. Um período que é ainda reconhecido como de estágio para muitos, quando está mais do que provado que as doenças reumáticas são a principal causa de abstenção ao trabalho e que as dores de origem reumática afectam, na globalidade, 80% da população.

É por tudo isto que a nova sede da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, inaugurada no passado dia 3 de Outubro de 2009, se reveste de uma importância incomensurável para todos os reumatologistas. Significa fechar o ano de

A arquitecta Sofia Reis, responsável pelo projecto de design de interiores, apostou no branco, nas linhas simples e na potenciação do espaço

A Galeria dos Presidentes é uma das atracções do novo auditório, com capacidade para sessenta pessoas. Da esquerda para a direita: Dr. Domingos Araújo, Dr. Mário Rodrigues, Dr. Licínio Poças, Dr. Augusto Faustino, Dr. Rui André e Dr. Luís Maurício.

Novos contactos

Morada
Av. de Berlim, 33 B
1800-033 Lisboa

Telefone: +351 21 353 43 95

Fax: +351 21 315 97 80

E-mail: info@spreumatologia.pt

Website: www.spreumatologia.pt

Como chegar

Carro: na Rotunda do Relógio (praça do aeroporto), sair na 3.ª saída, em direcção a A1/A8/A12. Curvar na primeira à direita, em direcção à Avenida de Berlim.

Metro: Olivais (linha vermelha)

2009 com chave de ouro e abrir o de 2010 com múltiplas potencialidades.

Coordenadas

A nova sede fica situada na Avenida de Berlim, 33, loja B, a poucos segundos de carro do Parque das Nações e da Estação do Oriente. Além de muito espaço de estacionamento (uma dor de cabeça para quem visitava a antiga sede na zona da Estefânia), a nova sede tem também muito espaço no interior: um auditório com capacidade para sessenta lugares, várias áreas autónomas criadas de raiz para reuniões e estudo, além de um *open-space* no andar de baixo, que serviu para receber as mais de cem pessoas que estiveram presentes na inauguração. O projecto de reconversão do espaço, comprado há dois anos, foi da responsabilidade da arquitecta Sofia Reis.

A inauguração da nova sede da SPR coincidiu com o primeiro dia das Jornadas de Outono desta instituição. Além das habituais reuniões de grupos de trabalho e a Assembleia-Geral, estas Jornadas contaram com uma palestra cultural da historiadora de Arte Elisabete Gama, que trabalha no Gabinete de Estudos Olissiponenses da Câmara Municipal de Lisboa desde 1993.

A conferência incidiu na história da cidade de Lisboa, com ênfase nos momentos que marcaram a história desta cidade: o período romano, os Descobrimentos, o nascimento do primeiro bairro ortogonal (Bairro Alto), o terramoto, a fase pombalina e, na actualidade, o Parque das Nações, um exemplo único de revitalização de uma zona da cidade (ver páginas 33 a 35), que serve de "casa", agora, à futura vida da SPR. ■

Dr. Licínio Poças

Mandato: 1989 - 1991

1. Na altura, foi acabar de criar um filho e fazer a comunhão solene. Entrou na adolescência, depois formou-se e agora tem um lugar respeitável na nossa sociedade.

2. Sinto orgulho por ter feito parte dos cabouços do que está agora a acontecer, um prazer enorme por ver uma especialidade que foi muito perseguida – e esse mérito tem de ser dado aos presidentes antes de mim que tiveram de lutar muito para que a especialidade fosse reconhecida.

Dr. Mário Rodrigues

Mandato: 1998 - 2000

1. Na altura, foi consolidar a sociedade sobretudo do ponto de vista organizativo e administrativo. A estrutura social e estatal tinha mudado muito… Era necessário organizar as finanças e os registos. Foi um mandato um pouco burocrático a par da prossecução de um trabalho que vinha dos meus antecedentes: dinamizar os grupos de trabalho e procurar que a reumatologia não parasse do ponto de vista científico.

2. Sinto uma grande satisfação, obviamente! Foi um trabalho de várias Direcções que lutaram para termos este espaço. Está óptimo.

Dr. Domingos Araújo

Mandato: 2004 - 2006

1. Começou na nossa Direcção a pesquisa para encontrar um espaço que se adequasse aos propósitos da SPR. Outro dos nossos grandes objectivos na altura era divulgar junto do público as doenças reumáticas, o que culminou numa campanha sobre a artrite reumatóide nos grandes meios de comunicação social com o envolvimento de alguns actores conhecidos. Empenhámo-nos também no desenvolvimento de várias competências, como a ecografia músculo-esquelética, e na realização de cursos de diferentes. Este trabalho teve, felizmente, continuidade.

2. Esta sede é um grande passo para a reumatologia. Foi feita com muito cuidado e carinho e é por isso acolhedora, agradável, digna e muito bonita.

Testemunhos

A Galeria dos Presidentes é uma das atracções da nova sede da Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Aos presentes na inauguração fizemos as duas perguntas da praxe.

1. Qual foi o cavalo de batalha do seu mandato?

2. O que significa, para si, este novo espaço?

Dr. Augusto Faustino

Mandato: 2004 - 2006

1 e 2. A inauguração da nova Sede da SPR representa a concretização de um velho sonho de muitos Reumatologistas e a satisfação de uma necessidade vital da Reumatologia portuguesa.

Embora iniciativa e conclusão das anterior e actual Direcções da SPR, a nova Sede representa o corolário do sonho, do esforço e da contribuição de muitas Direcções e de muitos Reumatologistas individuais, que em conjunto lutaram por este objectivo e permitiram que o sonho se transformasse em realidade.

Localizada num local simbolicamente estratégico (a confluência de múltiplas vias de comunicação), a nova Sede tem esse mesmo desiderato – ser o pólo aglutinador da Reumatologia e a via de união de todos os Reumatologistas.

Que o entusiasmo e a emoção que vivemos com a inauguração da nossa Sede, se mantenha e amplifique no futuro, permitindo que este seja um instrumento fundamental para o crescimento, valorização e afirmação da nossa especialidade.

Dr. Rui André

Mandato: 2008-2010

1 e 2. Sonhada por tantos antes de nós, foi o esforço de poupança realizado pelos que nos precederam e graças à concretização da compra do espaço pelo anterior Presidente, Dr. Augusto Faustino, que permitiu a esta Direcção este enorme privilégio: a SPR tem um espaço que é só seu. Trata-se de um espaço amplo e arejado, com traços modernos e de bom gosto, mas acima de tudo funcional. O projecto foi da arquitecta Sofia Reis e o construtor a empresa Loureiro e Filhos. Nesta sede vai viver a Reumatologia Nacional, vão ocorrer reuniões científicas e organizativas, vai ser celebrado o passado, assumido o presente e lançadas as bases para o futuro dos reumatologistas.

Nesta altura não pode deixar de ser referido o gesto nobre das sucessivas Direcções do Instituto Português de Reumatologia, que nos cederam desde sempre as instalações anteriores, sem quaisquer custos, numa parceria que reforça os laços que devem existir entre os médicos e as instituições que têm como objectivo único tudo fazer para melhorar a assistência aos doentes reumáticos.

Dr. Luís Maurício

(Presidente-eleito)

Mandato: a partir de 2010

2. A inauguração da nova sede da SPR constitui um momento de alegria para todos os Reumatologistas. Ela comporta um conjunto de espaços arquitectonicamente muito agradáveis, tornando-se apetecível visitá-la.

Espero que, para além de um local onde a Sociedade possa receber os seus convidados e parceiros, ela constitua um ponto de encontro e de tertúlia dos Reumatologistas Portugueses. Se me permite, gostaria também de realçar que esta sede é o contributo de todas as Direcções e Presidentes que as lideraram ao longo dos anos, para quem, como Presidente-Eleito, endereço o meu agradecimento, assim como também dirigo um agradecimento sincero ao Instituto Português de Reumatologia, que nos cedeu ao longo de muitos anos o espaço que até agora ocupávamos.

Novidade

COMPARTICIPADO!

ZALDIAR®

Analgesia Multimodal [1]

- **Eficaz na dor moderada** [rcm]
- **Seguro e bem tolerado por doentes idosos** [2,3]

NOME: ZALDIAR .COMPOSIÇÃO: 37,5 mg de cloridrato de tramadol e 325 mg de paracetamol. Forma farmacêutica: Comprimido revestido por película. Indicações: tratamento sintomático da dor moderado a intensa. Posologia: dose inicial de dois comprimidos; intervalos não < 6h; dose máxima diária 8 comprimidos. Idade superior a 12 anos. Contra-indicações: Hipersensibilidade ao tramadol, paracetamol ou excipientes. Intoxicação aguda pelo: álcool, hipnóticos, analgésicos de acção central, opiáceos ou psicotrópicos; Disfunção hepática grave; Epilepsia não controlada; insuficiência respiratória grave; não está indicado como terapêutica de substituição em doentes dependentes de opiáceos. Interacções: Inibidores da MAO, inibidores selectivos da recaptação de serotonina, antidepressores tricíclicos, antipsicóticos, analgésicos de acção central ou anestésicos locais.- Não se recomenda a utilização concomitante de opioides agonistas-antagonistas (nalbufina, buprenorfina, pentazocina). Efeitos indesejáveis: náuseas, tonturas e sonolência; hipertensão, palpitações, taquicardia, arritmia; cefaleias, tremor, contracções musculares involuntárias, parestesias, acufenos, ataxia, convulsões, confusão, alterações do humor (ansiedade, nervosismo, euforia), perturbações do sono, depressão, alucinações, pesadelos, amnésia, dependência do fármaco, abuso, visão turva, dispneia, vómitos, obstipação, xerostomia, diarreia, dor abdominal, dispepsia, flatulência, disfagia, melenas, aumento das transaminases hepáticas, sudação, prurido, reacções cutâneas (por exemplo, erupções cutâneas, urticária), albuminúria, alterações na micção (disúria e retenção urinária), arrepios, afrontamentos, dor torácica, - Têm sido observadas convulsões em doentes predispostos e a receber tratamento com tramadol e/ou tratados com fármacos que podem diminuir o limiar convulsivo. Deve ser usado com precaução em doentes com dependência de opiáceos, com traumatismo craniano, predispostos a convulsões, apresentando perturbações biliares, em estado de choque, com alteração da consciência de origem desconhecida, com problemas que afectam o centro respiratório ou a função respiratória ou com aumento da pressão intracraniana. Data da revisão do texto: Agosto 2007. Medicamento Sujeito a Receita Médica. Grünenthal, S.A. - R. Alfredo da Silva, 16 - 2610-016 Amadora. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. Escalão de comparticipação C (comparticipado a 37%) – PVP: €5,20

Bibliografia: (1) Edwards JE, et al. Combination analgesic efficacy: Individual patient data meta-analysis of single-dose oral tramadol plus acetaminophen in acute postoperative pain. J Pain Symptom Manage. 2002; 23:121-130. (2) Pelosa P, Rosenthal N, Wu S-C, Jordan D. A pooled analysis of tramadol / acetaminophen tablets for treatment of lower back pain in elderly patient population. J Am Geriatr Soc. 2003; 51(suppl 4): S143-S144. (3) Rosenthal NR, et al. Tramadol/acetaminophen combination tablets for treatment of pain associated with osteoarthritis flare in elderly population. J Am Geriatr Soc. 2004; 52(3): 374-380.

GRÜNENTHAL, S.A.
Rua Alfredo da Silva, 16 - 2610-016 Amadora - Portugal Tel.: 214 726 300 / Fax: 214 710 910
NC 500 101 965 - Soc. Anónima, Cap. Social € 3.785.000 - Mat. n.º 6815 da C. Cons. Reg. Com. Amadora

www.zaldiar.com / www.grunenthal.pt

Balanço Saúde 2009

Marcado pela gripe A, a polémica em redor da prescrição de medicamentos genéricos e a cegueira de seis doentes por negligência, o ano de 2009 viu outros assuntos em cima da mesa perderem a importância devida

Janeiro

- O primeiro debate quizenal de 2009 é dedicado à Saúde. Sócrates assegura que todas as dívidas do SNS ao hospitais EPE, no valor de 900 milhões de euros, estão pagas e anuncia a antecipação para 2009 da meta de 8200 camas para cuidados continuados.

Fevereiro

- Governo quer avaliar o desempenho por objectivos dos médicos, à semelhança dos professores. Os sindicatos dos médicos contestam e a Federação Nacional dos Médicos acusa o Ministério da Saúde de ter uma atitude provocatória.

Março

- Ana Jorge anuncia o aumento da comparticipação de medicamentos genéricos na sua totalidade para os utentes com pensões inferiores ao salário mínimo nacional. Ao mesmo tempo, lança um apelo aos médicos de família para que prescrevam medicamentos genéricos.

Abril

- A ANF (Associação Nacional de Farmácias) lança uma campanha de informação aos doentes sobre o preço que pagariam a menos se optassem por um medicamento genérico e incentiva as farmácias a deixarem para os doentes a decisão de optar por genéricos.
- Os meios de comunicação informam que há farmácias a substituir por genéricos os medicamentos receitados pelos médicos, mesmo quando estes não dão autorização. Ana Jorge esclarece que as receitas médicas alteradas nas farmácias sem autorização do médico não serão comparticipadas.
- A ANF anuncia a suspensão da campanha de substituição de medicamentos de marca por genéricos por esta não ser apoiada pelo Ministério da Saúde.
- Começa-se a falar da "nova gripe". Os primeiros casos são detectados no México. A OMS alerta para a hipótese de pandemia. O Director-Geral de Saúde, Francisco George, desdramatiza. Ana Jorge garante que não há casos em Portugal. A FAO (Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação) diz que a nova gripe tem material genético do vírus da gripe humana, suína e aviária.

- É criada a Unidade de Reumatologia do Hospital de Faro.
- Decorre o Simpósio "Dor no Aparelho Locomotor", organizado pela SPR, na Alfândega do Porto.

Maio

- É confirmado o primeiro caso de gripe A em Portugal. OMS confirma 9830 casos em todo o mundo.
- O trabalho "Uma nova visão das doenças reumáticas inflamatórias: um exemplo de interacção da biologia celular e molecular com a clínica" é galardoado com o Prémio Bial 2008. A equipa, liderada por João Eurico Fonseca, director da Unidade de Investigação em Reumatologia do Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, inclui Helena Canhão, Maria José Santos, Filipa Mourão, Elsa Sousa, Joana Caetano Lopes, Rita Moura, Pamela Weinmann, José Alberto Pereira da Silva, Jaime Branco e Mário Viana de Queiroz.

- A Unidade de Reumatologia do Hospital Infante D. Pedro passa a Serviço de Reumatologia.
- São elaboradas, no contexto da iniciativa multinacional 3e (Evidence, Expertise and Exchange), as 13 recomendações nacionais para o diagnóstico, monitorização e tratamento da artrite indiferenciada.

Junho

- É assinado o acordo sobre o regime geral da carreira médica que prevê a existência de uma carreira para todos os médicos do SNS, independentemente do local de trabalho e da sua relação jurídica de emprego.
- Sobe para 17 o número de casos de gripe A em Portugal.
- É apresentado o estudo britânico "Fit to Work: Doenças Musculoesqueléticas e Participação no Mercado de Trabalho" que diz que os portugueses, entre 24 países europeus, são os que colocam baixas mais prolongadas devido às doenças reumáticas.
- São apresentados os primeiros dados do BioRePortAR (Registo de Doentes com Artrite Reumatóide a efectuar Terapêutica Biotecnológica), criado pela SPR. A Direcção-Geral de Saúde elogia o projecto e manifesta a intenção de utilizar a base de dados como registo nacional de doentes.

Julho

- Seis doentes perdem a visão após terem sido submetidos a um tratamento oftalmológico no Hospital de Santa Maria, alegadamente após uma injecção de Avastin.
- Sobe para 272 o número de pessoas infectadas com o vírus H1N1 em Portugal.

Agosto

- Fármaco aplicado aos doentes que cegaram não é Avastin. É avançada (e posteriormente confirmada) a hipótese de ter havido uma troca de medicamentos.
- Sobe para 2244 o número de pessoas infectadas com o vírus da gripe A.

Setembro

- Primeira vítima mortal da gripe A em Portugal. OMS confirma 3205 mortes em todo o mundo.
- Conselho de Ministros aprova rede de cuidados continuados de saúde mental.

Outubro

- Ana Jorge permanece no Ministério da Saúde e integra o XVIII Congresso Constitucional.
- Primeiro dia de vacinação contra gripe A (27/10).
- É inaugurada a nova sede da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, na Avenida de Berlim, próxima do Parque das Nações, por ocasião das Jornadas de Outono.

Novembro

- Os doentes que ficaram cegos após um tratamento ofalmológico no Hospital de Santa Maria são informados de que a cegueira é definitiva.
- Governo anuncia fim das taxas moderadoras para cirurgias e internamentos. A medida entrará em vigor a 1 de Janeiro de 2010.
- Confirmados seis casos de morte fetal na Europa após vacina contra gripe A.
- Ana Jorge confirma 16 mortes devido à gripe A em Portugal.
- Primeira mutação do vírus da gripe A (H1N1) verificada na Noruega.

Balanço do nosso país-irmão

Ieda Maria Laurindo, presidente da Sociedade Brasileira de Reumatologia, faz uma retrospectiva do ano que está quase a passar e lança um desafio aos colegas portugueses

B. I. Qual foi, na sua opinião, o acontecimento mais marcante da Reumatologia no Brasil em 2009?

Ieda Laurindo: Sem dúvida o acontecimento mais marcante do ponto de vista da Sociedade Brasileira de Reumatologia foi a implementação do nosso **Registo Brasileiro de Monitorização de Terapias Biológicas em Doenças Reumáticas: BiobadaBrasil**, um estudo observacional prospectivo de duração indeterminada, promovido pela Sociedade Brasileira de Reumatologia e parte do registo latino-americano BIOBADAMERICA, contando com o apoio e orientação da Sociedade Espanhola de Reumatologia - SER e do seu registo, o BIOBADASER. Particularmente importante neste projecto é a participação de centros representativos de todas as regiões do país, centros universitários e em hospitais de referência e centros privados, ou seja, consultórios médicos e clínicas reumatológicas independentes, sem ligação com centros académicos. A partir de um grupo inicial (grupo de implementação) constituído por 5 centros, na fase seguinte, que chamamos de expansão (iniciada em Maio de 2009), já contamos com mais 11 centros activos e outros 20 cadastrados, em processo de aprovação pelos respectivos Comités de Ética. Actualmente mais de 600 pacientes foram incluídos em nosso registo.

Também é importante mencionar o desenvolvimento da ultrassonografia durante este ano de 2009. Realizámos o nosso segundo Curso de Ultrassom para Reumatologistas, promovida pela Sociedade Brasileira de Reumatologia, e acabámos de terminar um curso dirigido exclusivamente ao exame das mãos, visando uma padronização de técnicas e treino. O interesse nessa modalidade de imagem tem sido crescente e é grande o entusiasmo dos reumatologistas brasileiros. Novos cursos serão realizados em 2010 e ficaríamos muito honrados com a participação dos nosso colegas portugueses.

B. I.: E na área da Saúde em geral?

I. L.: Em relação à Medicina no Brasil em 2009, merecem menção os programas de doação e transplantes de órgãos, o bem sucedido programa de tratamento da SIDA, e, mais especificamente, o bom desempenho dos órgãos públicos e da classe médica durante a recente epidemia de Influenza A H1N1. Num momento em que pouco se conhecia sobre os padrões de disseminação e o perfil de pacientes mais vulneráveis (por exemplo, a significativa vulnerabilidade das gestantes) houve uma adequada resposta dos órgãos oficiais implementando e, quando necessário, modificando as orientações preventivas, procura de recursos médicos, esquema de atendimento, internamentos e tratamento. ■

Dignas de registo em 2009

Pela polémica que causaram ou pela importância que encerram, há declarações proferidas em 2009 que são dignas de registo

"Temos de trabalhar com os recursos humanos disponíveis. Não há médicos, nem no privado, nem no público."
Rui Lourenço, presidente da Administração Regional de Saúde do Algarve
Público, 16-07-2009

"Daqui a 15 anos vai haver coisas incríveis. Um dia, teremos osteoporose e as nossas próprias células estarão guardadas para fazer osso."
Rui Reis, cientista da Universidade do Minho
Jornal de Notícias, 21-06-2009

"Temos cerca de 130 reumatologistas. Devíamos ter 250. E há uma cadência formativa lenta o que obriga a 10 ou 20 anos até atingirmos esse número."
Rui André, presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia
TSF, 24-02-2009

"As doenças reumáticas constituem cerca de 40% das baixas e das faltas ao trabalho e uma percentagem muito importante das reformas antecipadas por doença no nosso país."
José Melo Gomes, presidente da Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas
TSF, 09-11-2009

"Muitos problemas dos hospitais estão nos administradores e directores de serviço."
Ana Jorge, Ministra da Saúde
Lusa, 29-01-2009

"Estamos a dar o ouro ao bandido porque os hospitais que mais contribuíram para o Fundo não são aqueles que têm maiores dívidas, ou seja, aqueles que tinham uma dívida maior e mais antiga são os mesmos que mais beneficiam de outros hospitais serem mais eficientes."
Pedro Lopes, presidente da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares
Diário Económico, 28-01-2009

"[Quando as reformas na área da Saúde Pública tiverem sido implementadas, o médico] vai usar menos o carimbo, vai ter de lidar menos com a burocracia, vai ter menos actividades ligadas ao poder do delegado de Saúde numa perspectiva antiquada. Vai ocupar-se de outros problemas, sobretudo dos assuntos da vigilância epidemiológica, não só nos que respeita à morbilidade, mas também a todos os fenómenos de saúde."
Francisco George, director-geral de Saúde
Tempo Medicina, 26-11-2009

"Se é verdade que o crescimento da utilização de genéricos em Portugal se deve aos médicos, que os prescrevem, também é verdade que, no âmbito dos grupos homogéneos, os médicos ainda prescrevem os medicamentos mais caros em 56 por cento dos casos."
Vasco Maria, presidente do Infarmed
Abril, "Infarmed Notícias"

"Como é que os médicos ganha confiança com um laboratório? Com estudos? Com trabalhos? Chegam-me sobretudo ao fim-de-semana receitas que são cópias dos mesmos medicamentos. Acha que isto é normal?"
João Cordeiro, presidente da Associação Nacional de Farmácias, Sobre a qualidade da prescrição médica
TSF, 15-04-2009

"O que está consignado na legislação é que o farmacêutico pode informar o doente daquilo que há de alternativa, mas terá de ser o médico a alterar a receita."
Ana Jorge, Ministra da Saúde
Diário de Notícias, 08-04-2009

"Estamos a falar de doentes que, por acaso, até acabam por morrer. E, portanto, vamos arranjar uns argumentos hipócritas para não investirmos nesta área. Vamos tentar que o cidadão morra um bocadinho antes para pouparmos umas massas."
Pedro Nunes, Bastonário da Ordem dos Médicos, sobre os argumentos "hipócritas" que têm vindo a ser utilizados pelo Governo para legalizar a eutanásia.
TSF, 24-03-2009

"A venda de medicamentos em unidose é totalmente desnecessária e aumenta o risco de contrafacção."
João Mendonça, Presidente da Secção Regional de Lisboa da Ordem dos Farmacêuticos
TSF, 18-08-09

"Sou profissional de Saúde há mais de 30 anos e as pessoas que tratei não têm a noção de quanto custa ao SNS os seus tratamentos."
Ana Jorge, Ministra da Saúde
TSF, 20-02-2009

EXXIV®
ETORICOXIB

A VIDA VEZES MAIS

Bial

EXIVUS/080002

EXXIV comprimidos, contendo 30 mg, **60 mg**, **90 mg** ou **120 mg** de etoricoxib. **Indicações terapêuticas:** Alívio sintomático da osteoartrose (OA), espondilite anquilosante, da artrite reumatóide (AR) e da dor e sinais de inflamação associados a artrite gotosa aguda. **Posologia recomendada:** *Osteoartrose* – dose recomendada: 30 mg uma vez por dia. Em alguns doentes com alívio sintomático insuficiente, um aumento da dose para 60 mg, uma vez por dia, pode aumentar a eficácia. Na ausência de um aumento no benefício terapêutico devem ser consideradas outras opções terapêuticas.60 mg uma vez por dia. Espondilite anquilosante – 90 mg uma vez por dia . *Artrite reumatóide* – 90 mg uma vez por dia. *Artrite gotosa aguda* – 120 mg uma vez por dia. A dose de 120 mg de etoricoxib só deverá ser usada no período sintomático agudo. A dose para cada indicação é a dose máxima recomendada. A dose para a artrite gotosa aguda deve ser limitada a um máximo de 8 dias de tratamento. Uma vez que o risco cardiovascular relacionado com a utilização de etoricoxib pode aumentar com a dose e a duração da exposição, deverá usar-se a menor dose diária eficaz, na menor duração possível.. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer dos excipientes. Úlcera péptica activa ou hemorragia gastrointestinal (GI) activa. Antecedentes de broncospasmo, rinite aguda, pólipos nasais, edema angioneurótico ou urticária ou reacções do tipo alérgico após a administração de ácido acetilsalicílico ou anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) incluindo os inibidores da COX-2 (ciclo-oxigenase-2). Gravidez e aleitamento. Disfunção hepática grave (albumina sérica <25 g/l ou pontuação ≥ 10 na escala de Child-Pugh). Depuração da creatinina estimada em <30 ml/min. Crianças e adolescentes com menos de 16 anos de idade. Doença intestinal inflamatória. Insuficiência cardíaca congestiva (NYHA II-IV). Doentes com hipertensão cuja pressão arterial esteja persistentemente acima de 140/90 mmHg e não tenha sido controlada de forma adequada Dor torácica. Doença isquémica cardíaca, doença arterial periférica e/ou doença cerebrovascular estabelecidas. Cãibra/espasmo muscular, dor/ rigidez músculo-esqueléticas. Proteinúria. **Efeitos indesejáveis:** *Frequentes (≥1/100, <1/10)*: Edema/retenção de líquidos. Tonturas, cefaleias. Palpitações. Hipertensão. Perturbações gastrointestinais (ex. dor abdominal, flatulência, azia), diarreia, dispepsia, mal-estar epigástrico, náuseas. Astenia/fadiga, doença semelhante a gripe. Equimoses. Aumentos da AST e/ou da ALT. *Pouco frequentes (≥1/1.000, ≤1/100):* Gastroenterite, infecção das vias aéreas superiores, infecção do tracto urinário. Alterações do apetite, aumento de peso. Ansiedade, depressão, diminuição da acuidade mental. Disgeusia, insónia, parestesias/hipostesia, sonolência Visão turva, conjuntivite. Acufenos e vertigens. Fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca congestiva, alterações inespecíficas do ECG, enfarte do miocárdio*. Rubor facial, acidente vascular cerebral*, acidente isquémico transitório. Tosse, dispneia, epistaxe. Distensão abdominal, refluxo ácido, alteração do peristaltismo intestinal normal, obstipação, xerostomia, úlcera gastroduodenal, gastrite, síndrome do cólon irritável, esofagite, úlcera oral, vómitos. Edema facial, prurido, erupção cutânea. Cãibra/espasmo muscular, dor/ rigidez músculo-esqueléticas. Aumento do azoto ureico (BUN), aumento da creatina fosfoquinase, diminuição do hematócrito, diminuição da hemoglobina, hipercaliemia, diminuição dos leucócitos, diminuição das plaquetas, aumento da creatinina sérica, aumento do ácido úrico. *Raros (≥1/10.000, ≤1/1.000):* Hiponatremia. Nefrotoxicidade incluindo nefrite intersticial e síndrome nefrótica. Hepatotoxicidade incluindo insuficiência hepática, icterícia e pancreatite. *Muito raros (≤1/10.000s)*- Úlceras pépticas incluindo perfuração gastrintestinal e hemorragias (principalmente em doentes idosos). Crise hipertensiva. Choque. * Com base na análise de ensaios clínicos de longa duração, controlados com placebo ou comparador activo, os inibidores selectivos da COX-2 foram associados a um aumento do risco de acontecimentos trombóticos arteriais graves, incluindo enfarte do miocárdio e AVC. Com base dos dados existentes, é improvável que o aumento do risco absoluto destes acontecimentos exceda 1% por ano (pouco frequente). **Apresentação e Preços:** Exxiv 60 mg 7 comp. P.V.P. €10.12 Comparticipação 69% (Regime Geral) Estado: €6.98 Utente: €3.14. Comparticipação 84% (Regime Especial) Estado: €8.50 Utente: €1.62. Exxiv 60 mg 28 comp. P.V.P. €36.39 Comparticipação 69% (Regime Geral) Estado: €25.11 Utente: €11.28. Comparticipação 84% (Regime Especial) Estado: €30.57 Utente: €5.82. Exxiv 90 mg 7 comp. P.V.P. €10.30 Comparticipação 69% (Regime Geral) Estado: €7.11 Utente: €3.19. Comparticipação 84% (Regime Especial) Estado: €8.65 Utente: €1.65. Exxiv 90 mg 28 comp. P.V.P. €36.39 Comparticipação 69% (Regime Geral) Estado: €25.11 Utente: €11.28. Comparticipação 84% (Regime Especial) Estado: €30.57 Utente: €5.82. Exxiv 120 mg 7 comp. P.V.P. €10.61. *Sob licença de Merck& Co.,Inc. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM:* BIAL - Portela & Cª S.A.- A Av. da Siderurgia Nacional - 4745-457 S. Mamede do Coronado - PORTUGAL - Capital Social €43.500.000 - Sociedade Anónima - Matrícula Nº 500 220 913 - Conservatória do Registo Comercial da Trofa - Contribuinte 500 220 913 - www.bial.com - info@bial.com.DIDSAM081124

Dr. Armando Malcata
Reumatologista
Hospitais da Universidade de Coimbra

Gota úrica: há mais vida para além da crise

A importância da segunda consulta

A gota é a artrite microcristalina mais prevalente, estimando-se que afecte cerca de 1 a 1,4% da população e, actualmente, a sua prevalência está a aumentar, sobretudo na população idosa. O pico máximo de incidência ocorre entre a 4.ª e a 6.ª décadas de vida, nos homens e, no sexo feminino, após os 60 anos, sendo rara antes da menopausa.

A hiperuricémia é uma anomalia bioquímica que pode surgir por aumento da produção de ácido úrico, ou por redução da sua excreção renal ou ambas. Clinicamente significa risco acrescido de gota (e/ou litíase renal).

De facto, a hiperuricémia é o mais importante factor de risco para gota, mas não o único, sendo condição necessária, mas não suficiente. Na verdade, apenas cerca de 10% dos hiperuricémicos vêm a ter sintomas ao longo da sua vida.

A história natural da gota é bem conhecida. Em regra, após um prolongado período de **hiperuricémia assintomática**, surge o quadro inicial caracterizado por uma **monoartrite aguda**, que se instala em poucas horas, com exuberantes sinais inflamatórios, cursando com dor muito intensa e grande incapacidade funcional.

Tipicamente este episódio inicial ocorre na 1.ª metatarso-falângica, (o que se verifica em cerca de metade dos casos) e cede em poucos dias. Segue-se, depois, um **período intercrítico**, perfeitamente assintomático e de duração variável, por vezes de anos. Este terminará com o aparecimento de nova crise de monoartrite aguda que, na maioria dos casos não tratados, ocorre até 2 anos após o acesso inicial. Pode afectar a mesma ou outras articulações, atingindo preferencialmente as distais dos membros, sobretudo dos inferiores.

Na ausência de intervenção eficaz a evolução habitual faz-se para acessos cada vez mais frequentes e duradouros, porventura já com **crises oligo** ou **poliarticulares** e intervalos intercríticos cada vez mais curtos e já não perfeitamente assintomáticos. Neste estadio de doença já prolongada, podem surgir tofos e estabelecerem-se deformidades e destruições muito incapacitantes, causando sofrimento continuado, próprio da **gota tofácea crónica**.

Serão então bem patentes as alterações radiológicas típicas de gota e as degenerativas, secundariamente produzidas. No rim, a deposição dos cristais de monourato de sódio no interstício, causando a **nefropatia** dos uratos predispõe ao desenvolvimento de insuficiência renal crónica. Em 10 a 42% dos doentes ocorrerá **nefrolitíase**.

O diagnóstico é em geral fácil, pois a clínica é, em regra, muito sugestiva e também porque a gota é uma das poucas doenças reumáticas em que o diagnóstico pode ser estabelecido pela identificação duma alteração patognomónica: a presença de microcristais de monourato de sódio no líquido sinovial ou nos tofos.

Salvo raros casos excepcionais, a gota é uma doença eminentemente tratável. Dispomos de fármacos que permitem controlar as crises, corrigir factores de risco e, assim, evitar a recorrência das mesmas e impedir o curso natural da doença. Contudo, ainda hoje se vêem demasiados doentes (e por poucos que fossem já seriam demais) com gotas tofáceas crónicas (*Imagens 1 e 2*), verdadeiramente devastadoras, e tantos outros casos menos graves, mas ainda assim não controlados.

Dispondo-se de conhecimentos bastantes e de meios eficazes, por que motivos não estaremos a ser efectivamente capazes de obter a resposta que seria desejável e reconhecidamente possível?

Múltiplas explicações são plausíveis. Algumas atribuíveis ao doente (falta de adesão a terapêuticas prolongadas, resistência a alterações de comportamentos, etc.), e outras aos clínicos (deficiente informação ao doente não favorecendo o seu envolvimento no tratamento da própria doença, opções tomadas pontualmente sem definição clara dos objectivos a longo prazo, terapêuticas ou monitorização inadequadas, entre outros).

Talvez fosse oportuno investigar a realidade nacional e tentar identificar quais os factores operativos que obstaculizam à obtenção de melhor resultado. A identificação desses possíveis factores poderia resultar em intervenções concretas e dirigidas que levassem a ganhos de qualidade em saúde.

A abordagem da gota deve ser vista numa perspectiva holística, centrada mais no doente e adaptada individualmente, tendo em conta o próprio "terreno" e a fase da doença em que se encontra (em crise, período intercrítico, artrite recorrente, gota tofácea crónica).

Assim, numa crise aguda o objectivo primeiro será combater a dor, controlar o processo inflamatório agudo e, assim, terminar a crise.

Podemos usar frio local e aconselhar o óbvio repouso. Os fármacos mais vulgarmente usados nesta fase são os anti-inflamatórios. De início em doses máximas, depois diminuindo, até final da crise. Contudo, deve-se ter presente a possibilidade de efeitos adversos e equacionar sempre a eventual presença de contra-indicações: digestiva, renal, cardiovascular, hepática, disfunção plaquetar, entre outras.

"Salvo raros casos excepcionais, a gota é uma doença eminentemente tratável. Dispomos de fármacos que permitem controlar as crises, corrigir factores de risco e, assim, evitar a recorrência das mesmas"

Imagem 1
Gota tufácea crónica (pé)

Imagem 2
Gota tufácea crónica (mão)

Se existirem contra-indicações para os AINE (ou se pretendermos fazer "prova terapêutica") pode utilizar-se a colchicina, tão mais eficaz quanto mais cedo se iniciar. Os esquemas posológicos são variados, por exemplo 1 mg a cada 6-8 horas, por 24-48 horas, depois diminuindo para 1mg a cada 12-24 horas, até terminar a crise. Mas os efeitos tóxicos digestivos são frequentes, mesmo quando se usam doses mais baixas e não se deve usar em caso de insuficiência renal.

Outra alternativa são os corticóides por via intra-articular, circunstância em que podem ser administrados após drenagem do líquido sinovial, efectuada no mesmo procedimento, o que por si só já determina algum alívio. Também podem ser usados, por via oral, em doses moderadas e com desmame rápido num curto período, sobretudo quanto as opções anteriores não forem viáveis.

Vencida a "batalha" da crise não estará ganha a guerra, pelo que é etapa fundamental e talvez decisiva para uma estratégia vitoriosa a longo prazo, a referenciação a uma 2.ª consulta, a realizar em tempo de "tréguas" (fora do ambiente de urgência), dias ou poucas semanas após fim da crise.

Essa **"segunda" consulta** constitui a altura oportuna para:

1. Fazer a caracterização clínico-laboratorial e imagiológica da doença (duração: inicial ou avançada; com ou sem tofos; sem ou com lesão renal; sem ou com imagens radiológica típicas ou alterações degenerativas secundárias).

2. Definir objectivos e delinear um plano coerente de actuação a implementar doravante, de acordo com o estadio da doença e o estado geral do doente, propondo intervenções não farmacológicas e farmacológicas apropriadas, e partilhando a sua implementação com o doente.

3. Procurar de forma sistemática e identificar a presença de factores de risco, modificáveis, para gota: obesidade, hábitos alimentares errados com excesso de ingestão de proteínas, consumo de álcool, hipertensão arterial (HTA).

4. Fazer pesquisa sistemática de co-morbilidades, particularmente daquelas que são reconhecidamente frequentes no doente gotoso: a própria HTA, dislipidémia (em especial hipertrigliceridémia), hiperglicémia e diabetes, todas elas factores de risco cardiovasculares.

Também o sindroma metabólico (obesidade, dislipidémia, HTA, resistência à insulina), que se correlaciona com aumento do risco de doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e mortalidade, tem uma prevalência nos gotosos que é o dobro da verificada nos indivíduos que não padecem de gota.

> A abordagem da gota deve ser vista numa perspectiva holística, centrada mais no doente e adaptada individualmente, tendo em conta o próprio 'terreno' e a fase da doença em que se encontra"

Se a hiperuricémia, por si só, constitui ou não um factor de risco independente para doença cardiovascular, está presentemente em aceso debate. Mas certo é que os doentes gotosos apresentam, associadamente, diversos factores de risco para doença cardiovascular. Uma abordagem racional e centrada no doente deverá incluir não só a correcção dos factores de risco modificáveis para gota, mas também a dos factores de risco cardiovasculares identificados, mesmo daqueles que não estão directamente relacionados com gota, como sejam o tabaco, o stress e o sedentarismo. A actuação sobre todos estes factores de risco tipifica uma perspectiva integrada e rentável de prevenção de doenças crónicas não transmissíveis.

5. Rever a medicação que o doente habitualmente faz, tendo em atenção que fármacos de grande consumo como os diuréticos e o ácido acetilsalicílico, em baixa dose, podem elevar a uricémia, ainda que de forma moderada. De modo inverso, outros há, que podendo ser usados no tratamento das co-morbilidades (losartan no tratamento da HTA e o fenofibrato na dislipidémia) e tendo um ligeiro efeito hipouricemiante, poderão apresentar um benefício adicional.

6. É a altura adequada para se avaliar a uricémia, já que na crise aguda os valores obtidos podem ser, enganadoramente, normais.

Num doente gotoso é desejável atingir uma uricémia inferior a 6mg/dl (e mesmo inferior a 5 mg/dl, se existirem tofos), para promover a dissolução de cristais e prevenir a formação de outros, evitando os ataques e revertendo os depósitos existentes.

As medidas dietéticas e a eventual substituição de fármacos hiperuricemiantes por outros têm um impacto modesto no nível de uricémia, mas em doentes com hiperuricémia ligeira, poderia ser suficiente.

Porém, na maioria dos casos far-se-á terapêutica farmacológica uricorreguladora, sendo usual introduzi-la quando se verifique: mais de 2 ou 3 ataques agudos anuais; presença de tofos; nefrolitíase recorrente; insuficiência renal.

Em Portugal o único uricorregulador disponível é o alopurinol. Aguarda-se a entrada do febuxostat, um inibidor da xantina oxidase, alternativa eficaz ao alopurinol e particularmente útil no caso de alergias ao primeiro. Não se dispõe de uricosúricos.

Decidindo iniciar o alopurinol, tal deve acontecer fora da crise, em dose crescente, começando com 100 mg/dia e aumentando 100 mg a cada duas – quatro semanas até atingir o nível desejado. Uma vez controlada a uricémia o fármaco deve ser mantido indefinidamente, não o interrompendo mesmo que surjam crises (que aliás, se ocorrerem, são menos intensas e de menor duração).

No início da terapêutica com alopurinol, e para evitar a precipitação de crise aguda de gota utiliza-se, profilacticamente, colchicina na dose de 0,5-1 mg/dia, ou mesmo em dias alternados, se existir insuficiência renal moderada. Em alternativa usar-se-ão os AINE, em dose baixa. Esta intervenção será mantida até 3 a 6 meses após obtenção do controlo da uricémia com o alopurinol.

7. Fazer educação do doente, explicando e envolvendo-o no plano de intervenção, realçando que os resultados dependerão, sobremaneira, do seu empenhamento continuado. É tempo para informar, responder a dúvidas, propor planos, explicitar e discutir os objectivos e meios para os atingir. Assim se promoverá a adesão do doente, absolutamente decisiva para o sucesso.

Neste âmbito importa explicar sumariamente a doença. Porque ocorre; quais os factores de risco que favorecem o seu aparecimento; a coexistência de outros factores de risco, cardiovasculares, e que devem ser também corrigidos por forma a diminuir o risco para graves doenças, como as cardiovasculares e diabetes.

Deverão ser abordados aspectos como a alimentação, promovendo dietas pobres em purinas (carne vermelha, mariscos, enchidos, etc.) mas não demasiado restritivas que dificultem o seu cumprimento. Será talvez mais rentável uma dieta equilibrada e proposta não só em função da hiperuricémia mas também da obesidade, da hipertensão e das alterações metabólicas dos lípidos e dos glúcidos. O consumo de álcool é de evitar, particularmente se em doses generosas, sendo que a cerveja e as bebidas espirituosas terão um efeito pior que o vinho.

Estas intervenções implicam algo que não é fácil, mas é necessário: modificação do estilo de vida e adopção de comportamentos saudáveis, onde para além dos cuidados alimentares e evicção do álcool, há que combater o sedentarismo, elevando o nível de performance física geral, combater o stress, o tabagismo, numa acção preventiva coerente e multidimensional.

Importa também informar sobre os fármacos a prescrever, quer para a gota quer para as co-morbilidades, o racional da sua utilização, o tempo e o modo dos tomar, os efeitos adversos possíveis e como os tentar prevenir.

Não raras vezes o sofrimento duma crise aguda foi a motivação para a procura de ajuda, e constituiu a oportunidade para uma intervenção holística, visando não só ultrapassar a conjuntura actual de crise, mas consolidar a retoma, com a certeza de dividendos futuros garantidos. ■

“Estas intervenções implicam algo que não é fácil, mas é necessário: modificação do estilo de vida e adopção de comportamentos saudáveis”

Leituras adicionais

- *Mikuls TR et al; “Gout epidemiology: results from the UK general pratice research database,1990-1999” Ann Rheum Dis, 200564: 267-272*
- *Pascual y Perez ed. “Manual de diagnóstico e tratamiento de la gota” 2005. Edição S. Espanola Reumatologia*
- *Puig JG, Martinez: “Hyperuricemia, gout and the meyabolic syndrome”.Curr Opin Rheumatol. 2008;20(2):187.191*
- *Zhang W et al. “EULAR evidence based recommendations for gout. Part I: Diagnosis. Report of a task force of the standing committee for international clinical studies including therapeutics (ESCISIT) Ann Rheum Dis 2006;65;1301-1311*
- *Zhang W et al. “EULAR evidence based recommendations for gout. Part II: Management. Report of a task force of the standing committee for international clinical studies including therapeutics (ESCISIT) Ann Rheum Dis 2006;65;1312-1324So A. “Developments in the scientific and clinical understanding of gout”. Arthritis Research and Therapy 2008;10:221*

Preotact®

HORMONA PARATIROIDEIA (rDNA)

Da Osteoformação à Redução de Fracturas

1210 PRE09 25AP

Nest

800 50 67 76
Programa de apoio
a doentes com osteoporose

NYCOMED

Resumo das Características do Medicamento

1. DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO Preotact 100 microgramas pó e solvente para solução injectável. 2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA O Preotact contém hormona paratiroideia produzida por uma estirpe de Escherichia coli modificada por tecnologia de ADN recombinante. O medicamento é fornecido num cartucho de câmara dupla. A primeira câmara contém 1,61 mg de hormona paratiroideia. Cada dose de 71,4 microlitros contém 100 microgramas de hormona paratiroideia. Cada cartucho contém 14 doses. A segunda câmara contém solvente estéril para reconstituição. Lista completa de excipientes, ver secção 6.1. 3. FORMA FARMACÊUTICA Pó e solvente para solução injectável. Pó branco a esbranquiçado e solvente transparente incolor. 4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS 4.1 Indicações terapêuticas Tratamento da osteoporose em mulheres pós-menopáusicas com elevado risco de fracturas (ver secção 5.1). Demonstrou-se haver uma redução significativa da incidência de fracturas vertebrais, mas não da anca. 4.2 Posologia e modo de administração A dose recomendada é de 100 microgramas de hormona paratiroideia, administrada uma vez ao dia em injecção subcutânea no abdómen. Os doentes devem ser ensinados a utilizar técnicas adequadas de injecção (ver secção 6.6). Juntamente com a caneta Preotact, existe um manual do utilizador para ensinar os doentes a utilizar correctamente a caneta. A caneta não está incluída nas embalagens com os cartuchos. Os doentes devem tomar suplementos de cálcio e de vitamina D caso a ingestão na dieta seja insuficiente. Os dados suportam um tratamento contínuo com Preotact até 24 meses (ver secção 4.4). Após tratamento com Preotact, os doentes podem ser tratados com um bisfosfonato para aumento adicional da densidade mineral óssea (ver secção 5.1). 3 Populações específicas Insuficiência renal Não é necessário um ajuste de dose em doentes com insuficiência renal ligeira a moderada (depuração da creatinina de 30 a 80 ml/min). Não existem dados disponíveis para doentes com insuficiência renal grave. Por esta razão, o Preotact não deve ser utilizado em doentes com insuficiência renal grave (ver secção 4.3). Insuficiência hepática Não é necessário um ajuste de dose em doentes com insuficiência hepática ligeira ou moderada (score total de 7 a 9 na escala de Child-Pugh). Não existem dados disponíveis para doentes com insuficiência hepática grave. Por esta razão, o Preotact não deve ser utilizado em doentes com insuficiência hepática grave (ver secção 4.3). Crianças e adolescentes A segurança e eficácia do Preotact não foram estudadas em doentes com menos de 18 anos de idade. O Preotact não deve ser utilizado em doentes pediátricos nem em adultos jovens. Idosos Não é necessário um ajuste de dose com base na idade (ver secção 5.2). 4.3 Contra-indicações O Preotact está contra-indicado em doentes com hipersensibilidade à hormona paratiroideia ou a qualquer um dos excipientes (ver secção 6.1), que tenham previamente sido sujeitos a radioterapia óssea, com hipercalcemia pré-existente e outros distúrbios do metabolismo fosfo-cálcico, com doenças ósseas metabólicas para além da osteoporose primária (incluindo hiperparatiroidismo e doença de Paget dos ossos), com aumentos inexplicados da fosfatase alcalina específica dos ossos, com insuficiência renal grave, com insuficiência hepática grave. 4.4 Advertências e precauções especiais de utilização Os doentes que iniciam a terapêutica com Preotact devem ser monitorizados aos meses 1, 3 e 6 para detecção de níveis elevados de cálcio sérico e/ou urinário. A monitorização para além dos 6 meses não está recomendada em doentes cujo cálcio sérico total esteja dentro dos limites normais aos 6 meses. Foi observado um aumento do cálcio sérico durante o tratamento com Preotact. As concentrações séricas de cálcio atingem um máximo entre as 6 e as 8 horas após a administração da dose e voltam aos valores basais às 20 a 24 horas após cada administração de hormona paratiroideia. Por esta razão, caso sejam colhidas amostras de sangue aos doentes para monitorização dos níveis de cálcio, tal deve ser realizado pelo menos 20 horas após a última injecção. Tratamento de níveis séricos de cálcio elevados Os doentes com cálcio sérico elevado persistente (acima do limite superior normal) devem ser avaliados quanto a doenças subjacentes (por ex. hiperparatiroidismo). Caso não se encontre qualquer condição subjacente, devem ser seguidos os seguintes procedimentos de controlo: Os suplementos de cálcio e de vitamina D devem ser retirados. A frequência da posologia do Preotact deve ser alterada para 100 microgramas dia sim, dia não. Caso se mantenham os níveis elevados, deve-se interromper a terapêutica com Preotact e o doente deve ser monitorizado até que os valores alterados voltem ao normal Doentes com hipercalcemia e/ou hipercalciúria pré-existente 4 O Preotact foi estudado em doentes com hipercalcemia e/ou hipercalciúria pré-existente. Nestes doentes, a probalilidade do tratamento com Preotact de exacerbar a hipercalcemia e/ou hipercalciúria subjacente foi maior. O Preotact não foi estudado em doentes com urolitíase activa. O Preotact deve ser utilizado com precaução em doentes com urolitíase activa ou prévia. Deve-se ter precaução com doentes sob terapêutica com glicosídeos cardíacos (ver secção 4.5). Estudos em ratos indicam uma incidência aumentada de osteosarcoma com a administração prolongada de Preotact (ver secção 5.3). A ocorrência de osteosarcoma apenas ocorreu com doses que originavam exposições sistémicas mais de 27 vezes superiores às observadas no ser humano com a dose de 100 microgramas. Até que estejam disponíveis mais dados clínicos, o período de tratamento recomendado de 24 meses não deve ser ultrapassado. O Preotact contém meta-cresol o qual pode causar reacções alérgicas. Este medicamento contém menos de 1 mmol de sódio (23 mg) por dose. 4.5 Interacções medicamentosas e outras formas de interacção A hormona paratiroideia é um péptido natural que não é metabolizado pelas enzimas microssomáticas hepáticas metabolizadoras de fármacos (por ex. isoenzimas do citocromo P450) e também não as inibe. Além disso, a hormona paratiroideia não se liga às proteínas e possui um reduzido volume de distribuição. Por esta razão, não se espera uma interacção com outros medicamentos e não foram realizados estudos específicos de interacção medicamentosa. Não foi identificado um potencial para interacção medicamentosa no programa clínico. Quando se avaliou o endpoint da densidade mineral óssea, a associação da hormona paratiroideia com o alendronato não evidenciou qualquer vantagem relativamente à administração isolada de qualquer um dos tratamentos. (ver secção 5.1). A partir do conhecimento do mecanismo de acção, a utilização concomitante de Preotact e glicosídeos cardíacos pode predispor os doentes a toxicidade digitálica caso ocorra hipercalcemia. 4.6 Gravidez e aleitamento Não estão disponíveis dados sobre a utilização de hormona paratiroideia durante a gravidez e o aleitamento. Os estudos de toxicidade reprodutiva em animais são incompletos (ver secção 5.3). A hormona paratiroideia não deve ser utilizada durante a gravidez nem o aleitamento. 4.7 Efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas Não foram estudados os efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas. Dado terem sido descritos alguns episódios de tontura em doentes tratadas com Preotact, as doentes devem abster-se de conduzir ou de utilizar máquinas até que os sintomas tenham desaparecido. 4.8 Efeitos indesejáveis Os seguintes dados de reacções adversas (RAM) baseiam-se em dois ensaios controlados com placebo que envolveram 2642 mulheres pós-menopáusicas osteoporóticas, das quais 1341 receberam hormona paratiroideia. Cerca de 71,4 % das doentes tratadas com hormona paratiroideia notificaram pelo menos uma RAM. A hipercalcemia e/ou hipercalciúria reflectem as acções farmacodinâmicas conhecidas da hormona paratiroideia sobre o tracto gastrointestinal, os rins e os ossos. Foi notificada hipercalcemia em 25,35 das doentes e hipercalciúria em 39,3 % das doentes tratadas com Preotact. A hipercalcemia foi transitória e foi notificada com mais frequência nos 3 primeiros meses de tratamento. Foi controlada durante o programa clínico através da monitorização dos valores laboratoriais e da utilização de um algoritmo de controlo pré-especificado (ver secções 4.3, 4.4 e 5.1). A outra RAM notificada com muita frequência foi náuseas. A tabela seguinte mostra de forma geral as RAMs cuja incidência é, pelo menos, 0,5 % superior no grupo que recebeu hormona paratiroideia em comparação com o placebo. São utilizadas as seguintes categorias para classificar os efeitos indesejáveis por frequência de ocorrência: muito frequentes (>1/10); frequentes (> 1/100 e <1/10); pouco frequentes (> 1/1000 e <1/100); raros (> 1/10.000 e <1/1000); e muito raros (<1/10.000), incluindo comunicações isoladas. O Preotact aumenta as concentrações séricas de ácido úrico. De todos os indivíduos que receberam 100 microgramas de hormona paratiroideia, foi notificado aumento do ácido úrico no sangue em 8 indivíduos (0,6 %) e hiperuricémia em 5 indivíduos (0,4 %). Apesar de ter sido notificado gota, artralgia e nefrolitíase como RAMs, a relação entre o aumento do ácido úrico e a administração de Preotact não foi completamente estabelecida. Anticorpos contra a hormona paratiroideia Num grande ensaio clínico de fase III, foram detectados anticorpos contra a hormona paratiroideia em 3 % das mulheres tratadas com Preotact em comparação com 0,2 % das que receberam o placebo. Nestas mulheres com título positivo, não houve evidência de reacções de hipersensibilidade, reacções alérgicas, efeitos sobre a resposta da densidade mineral óssea, nem efeitos sobre o cálcio sérico. 4.9 Sobredosagem Sinais e sintomas No programa clínico do Preotact, foi notificada sobredosagem acidental em 17 indivíduos. O Preotact foi administrado em doses únicas até 5 microgramas/kg e em doses repetidas até 3 microgramas/kg/dia durante 3 dias e até 2,5 microgramas/kg/dia durante 7 dias. Os efeitos de uma sobredosagem que se podem esperar incluem hipercalcemia retardada, náuseas, vómitos, tonturas e cefaleias. Tratamento da sobredosagem Não existe um antídoto específico para o Preotact. O tratamento de uma sobredosagem suspeita deve incluir uma descontinuação temporária do Preotact, monitorização do cálcio sérico e implementação de medidas apropriadas de suporte, tais como hidratação. Devido à relativamente curta duração da acção farmacológica do Preotact, não devem ser necessárias medidas adicionais. 5. PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS7 5.1 Propriedades farmacodinâmicas Grupo farmacoterapêutico: hormonas da paratiroide, código ATC: H05 AA03 Mecanismo de acção O Preotact contém hormona paratiroideia humana recombinante que é idêntica ao polipéptido fisiológico de 84 aminoácidos de comprimento. As acções fisiológicas da hormona paratiroideia incluem a estimulação da formação óssea através de efeitos directos sobre as células formadoras dos ossos (osteoblastos), aumento indirecto da absorção intestinal de cálcio e aumento da reabsorção tubular de cálcio e da excreção de fosfato pelos rins. Efeitos farmacodinâmicos Os efeitos da hormona paratiroideia sobre os ossos dependem do padrão de exposição sistémica. Os aumentos transitórios dos níveis de hormona paratiroideia após injecção subcutânea de Preotact estimulam a formação de osso novo nas superfícies trabeculares e corticais (periosteais e/ou endosteais) dos ossos através de uma estimulação preferencial da actividade osteoblástica sobre a actividade osteoclástica. Efeitos sobre as concentrações séricas de cálcio A hormona paratiroideia é o principal regulador da homeostase sérica de cálcio. Em resposta às doses subcutâneas de Preotact (100 microgramas de hormona paratiroideia), os níveis séricos de cálcio total aumentam gradualmente e atingem a concentração máxima (aumento médio em 129 doentes, 0,15 mmol/l) cerca das 6 a 8 horas após a administração. No geral, os níveis séricos de cálcio voltam aos valores basais às 24 horas após a administração. Com base em dois ensaios controlados com placebo que envolveram 2642 mulheres pós-menopáusicas osteoporóticas foi notificada hipercalcemia em 25,3 % das doentes tratadas com Preotact em comparação com 4,3 % das doentes tratadas com placebo. A hipercalcemia foi transitória e foi notificada com mais frequência nos 3 primeiros meses de tratamento. Foi controlada durante o programa clínico através da monitorização dos valores laboratoriais e da utilização de um algoritmo de controlo pré-especificado. (ver secções 4.3 e 4.4). Eficácia clínica Efeito sobre a incidência de fracturas O estudo piloto foi um estudo de fase III (TOP) de 18 meses, em dupla ocultação e controlado com placebo sobre o efeito do Preotact sobre a incidência de fracturas em mulheres pós-menopáusicas osteoporóticas. Um total de 2532 doentes (1286 Preotact e 1246 placebo), com idades compreendidas entre os 45 e os 94 anos (8,1 % entre os 45-54 e 11,4 % > 75 anos) foi aleatorizado de forma a receber 100 microgramas/dia ou placebo com suplementos diários de cálcio (700 mg) e de vitamina D (400 UI). No geral, cerca de 19 % dos indivíduos em cada grupo de tratamento apresentavam pelo menos 1 fractura vertebral prevalente na baseline. O score T lombar médio basal foi de cerca de -3,0 em cada grupo de tratamento. Das 2532 doentes aleatorizadas com intenção de tratar (ITT), um total de 59 tinha tido pelo menos uma nova fractura vertebral, placebo: 42 (3,37 %) – Preotact: 17 (1,32 %), p=0,001. As doentes no grupo de tratamento com Preotact tiveram uma redução relativa do risco de novas fracturas vertebrais de 61% ao mês 18 quando comparadas com as doentes do grupo de placebo. De forma a prevenir uma ou mais novas fracturas vertebrais, 48 mulheres tiveram que ser tratadas durante um período mediano de 18 meses na população geral. No caso de doentes com fracturas pré-existentes, o número necessário tratar (NNT) é de 21 doentes. 8 Não houve uma diferença significativa entre os grupos de tratamento na incidência de quaisquer fracturas clínicas não-vertebrais: 5,52 % para o Preotact vs. 5,86 % para o placebo. A redução de fracturas mais relevante foi observada nas doentes com elevado risco de fracturas, tal como as doentes com fracturas prévias e doentes com um score T de espinal-medula < -3. Relativamente poucas doentes pós-menopáusicas há menos de 5 anos e com idades entre 45-54 anos foram incluídas no ensaio de fase III (2-3 %). Os resultados destas doentes não foram diferentes dos resultados do ensaio no geral. Efeito sobre a densidade mineral óssea (DMO) No ensaio piloto, o Preotact aumentou a DMO na espinal-medula em 6,5 % após 18 meses de tratamento em comparação com -0,3 % com o placebo (p<0,001). Foram observados aumentos

significativos da DMO na anca (total, colo do fémur, trocânter) no endpoint do estudo; 1,0, 1,8 e 1,0 %, respectivamente, com o Preotact versus -1,1, -0,7 e -0,6 % com o placebo (p<0,001). A continuação do tratamento até aos 24 meses numa extensão deste estudo sem ocultação resultou numa continuação do aumento da DMO. O aumento da DMO da espinal-medula e do colo do fémur em relação ao valor basal foi de 6,8 % e de 2,2 %, respectivamente, em doentes tratadas com Preotact. Os efeitos do Preotact sobre a arquitectura óssea foram avaliados através de tomografia computorizada quantitativa (TCQ) e TCQ periférica. A DMO trabecular volumétrica da espinalmedula aumentou 38 % em relação ao valor basal aos 18 meses. De igual forma, a DMO trabecular volumétrica na anca total aumentou 4,7 %. Ocorreram aumentos similares no colo do fémur, trocânter e região intertrocanteriana. O tratamento com Preotact reduziu a DMO cortical volumétrica (medida no rádio distal e no eixo médio da tíbia), enquanto que a circunferência periosteal ou os índices de força óssea cortical se mantiveram. No ensaio de 24 meses de terapêutica combinada com alendronato (PaTH), os efeitos do Preotact sobre a arquitectura óssea foram também avaliados através de TCQ. A DMO trabecular volumétrica na espinal-medula aumentou 26, 13 e 11 % (Preotact, Preotact e alendronato e alendronato, respectivamente) em relação ao valor basal aos 12 meses. De igual forma, a DMO trabecular volumétrica na anca total aumentou 9, 6 e 2 %, respectivamente, nos 3 grupos. Tratamento da osteoporose com terapêutica combinada e sequencial O estudo PaTH foi promovido pelo NIH, aleatorizado, controlado com placebo, com duração de 2 anos, multicêntrico e em dupla ocultação com Preotact e alendronato em monoterapia e em associação para o tratamento da osteoporose pós-menopáusica. Os critérios de inclusão foram mulheres entre os 55 e os 85 anos de idade com score T de DMO inferiores a -2,5 ou inferiores a -2 e pelo menos um factor de risco adicional para fracturas. Todas as mulheres receberam suplementos de cálcio (400-500 mg) e de vitamina D (400 UI). Um total de 238 mulheres pós-menopáusicas, foi distribuído aleatoriamente por um dos seguintes grupos de tratamento: Preotact (100 microgramas de hormona paratiroideia), alendronato (10 mg) ou uma associação de ambos e foi seguido durante 12 meses. No segundo ano do estudo, as mulheres do grupo original de Preotact foram distribuídas aleatoriamente de forma a receberem alendronato ou placebo e as mulheres dos outros dois grupos receberam alendronato. Na baseline, um total de 165 mulheres (69 %) apresentava um score T inferior a –2,5 e 112 (47 %) notificaram pelo menos uma fractura após a menopausa. Um ano de terapêutica apresentou os seguintes resultados: Os aumentos da DMO da espinal-medula acima do valor basal foram idênticos nos grupos de Preotact e de terapêutica combinada (6,3 e 6,1 %, respectivamente), mas de alguma forma inferiores no grupo do alendronato (4,6 %). Os aumentos da DMO na anca total foram de 0,3, 1,9 e 3,0 % nos 3 grupos, respectivamente.9 No final do ano 2 (12 meses após descontinuação do Preotact), houve um aumento médio de 12,1 % da DMO espinal medida por absorciometria de raios-X de dupla energia (DXA) nas doentes que receberam alendronato durante o segundo ano. Nas doentes que receberam placebo durante o segundo ano, a percentagem média de aumento foi de 4,1 % em comparação com o valor basal, mas diminuiu ligeiramente em comparação com o final dos 12 meses de tratamento com Preotact. Quanto à alteração média da DMO da anca, houve um aumento de 4,5 % em relação ao valor basal com um ano de alendronato em comparação com uma diminuição de 0,1 % após um ano de placebo. O Preotact em associação com a terapêutica hormonal de substituição (THS) em 180 mulheres pós-menopáusicas demonstrou aumentar significativamente a DMO da espinal-medula aos 12 meses em comparação com a THS isolada (7,1 % vs. 1,1 %, p<0,001). A associação foi eficaz, independentemente da idade, taxa de turnover ósseo ou DMO basais. 5.2 Propriedades farmacocinéticas Absorção A administração subcutânea de 100 microgramas de hormona paratiroideia no abdómen origina um aumento rápido dos níveis plasmáticos de hormona paratiroideia e atinge um pico às 1 a 2 horas após a dosagem. A semi-vida média é de cerca de 1,5 horas. A biodisponibilidade absoluta de 100 microgramas de hormona paratiroideia após administração subcutânea no abdómen é de 55 %. Distribuição O volume de distribuição no equilíbrio após administração intravenosa é de cerca de 5,4 l. A variabilidade interindividual do volume de distribuição da hormona paratiroideia é de cerca de 40 %. Biotransformação A hormona paratiroideia é eficazmente removida do sangue através de um processo mediado por receptores no fígado e é clivada em fragmentos peptídicos mais pequenos. Os fragmentos derivados dos terminais amino são posteriormente degradados dentro da célula enquanto que os fragmentos derivados dos terminais carboxi são libertados de novo no sangue e eliminados pelos rins. Julga-se que estes fragmentos dos terminais carboxi actuam sobre a regulação da actividade da hormona paratiroideia. Sob condições fisiológicas normais, a hormona paratiroideia completa (1-84) constitui apenas 5-30 % das formas circulantes da molécula, enquanto que 70-95 % se encontra presente sob a forma de fragmentos dos terminais carboxi. Após administração subcutânea de Preotact, os fragmentos terminais-C totalizam cerca de 60-90 % das formas circulantes da molécula. A depuração sistémica da hormona paratiroideia (45,3 l/hora) após administração intravenosa é próxima da do fluxo plasmático normal no fígado e é consistente com um metabolismo hepático extenso da substância activa. A variabilidade interindividual da depuração sistémica é de cerca de 15 %. Eliminação A hormona paratiroideia é metabolizada no fígado e em menor extensão nos rins. A hormona paratiroideia não é excretada do organismo na forma intacta. Os fragmentos circulantes dos terminais carboxi são filtrados pelos rins, mas são posteriormente quebrados em fragmentos ainda mais pequenos durante a reabsorção tubular. Insuficiência hepática Verificou-se um aumento moderado, de cerca de 20 %, na média dos valores basais da exposição corrigida (AUC) à hormona paratiroideia num ensaio realizado em 6 homens e 6 mulheres com insuficiência hepática moderada quando comparados com um grupo de 12 indivíduos com função hepática normal. Não foram realizados estudos em doentes com insuficiência hepática grave. Insuficiência renal10 A exposição global e Cmax da hormona paratiroideia aumentaram ligeiramente (22 % e 56 %, respectivamente) num grupo de 8 indivíduos do sexo masculino e 8 do sexo feminino com insuficiência renal ligeira a moderada (depuração da creatinina de 30 a 80 ml/min) quando comparadas com um grupo de 16 indivíduos com função renal normal. A farmacocinética da hormona paratiroideia em doentes com insuficiência renal grave (depuração da creatinina inferior a 30 ml/min) não foi investigada. Idosos Não foram detectadas diferenças na farma-cocinética do Preotact relacionadas com a idade (intervalo de 47-88 anos). Não é necessário ajuste de dose com base na idade. Sexo O medicamento apenas foi estudado em mulheres pós-menopáusicas. 5.3 Dados de segurança pré-clínica Os dados pré-clínicos não revelam riscos especiais para o ser humano, segundo estudos convencionais de farmacologia de segurança, mutagenicidade, toxicidade reprodutiva e tolerância local. Em macacos que receberam doses subcutâneas diárias durante 6 meses, houve um aumento da ocorrência de mineralização tubular renal a níveis de exposição inferiores aos níveis de exposição clínica. Ratos tratados com injecções diárias durante practicamente toda a vida apresentaram uma formação óssea exagerada dependente da dose e uma incidência aumentada de tumores ósseos, incluindo osteosarcoma, muito provavelmente devido a um mecanismo epigenético. Devido às diferenças da fisiologia óssea entre ratos e o ser humano, a relevância clínica destes resultados é provavelmente menor. Não foram observados osteosarcomas em ensaios clínicos. Não existem estudos sobre a toxicidade fetal, de desenvolvimento, perinatal ou pós-natal. Não se sabe se a hormona paratiroideia humana recombinante é excretada no leite de animais a amamentar. 6. INFORMAÇÕES FARMACÊUTICAS 6.1. Lista dos excipientes Pó Manitol, Ácido cítrico mono-hidratado, Cloreto de sódio, Ácido clorídrico diluído (para ajuste do pH), Hidróxido de sódio 1N (para ajuste do pH) Solvente Meta-cresol, Água para preparações injectáveis 6.2 Incompatibilidades Não aplicável. 6.3 Prazo de validade Pó: 30 meses11 Solução reconstituída: foi demonstrada uma estabilidade química e física de 28 dias a 2-8°C durante a utilização. Durante o período de 28 dias, a solução reconstituída pode ser conservada até 7 dias a temperaturas inferiores a 25°C. 6.4 Precauções especiais de conservação Não conservar acima de 25°C. Não congelar. Conservar o cartucho dentro da embalagem exterior para proteger da luz. Solução reconstituída: Conservar no frigorífico (2-8°C). Não congelar. Uma vez reconstituído, o cartucho pode ser conservado fora do frigorífico a temperaturas inferiores a 25°C durante 7 dias dentro do período de utilização de 28 dias (ver secção 6.3). 6.5 Natureza e conteúdo do recipiente O sistema de fecho do recipiente é composto por um cartucho de câmara dupla, uma rolha central, um fecho não roscado (contendo um selo de borracha) que sela a primeira câmara que contém o pó liofilizado e uma rolha final que sela a segunda câmara que contém o solvente para a reconstituição. Cartucho: O vidro do cartucho de câmara dupla é do Tipo I Rolha (central e final): A rolha é de borracha de bromobutilo cinzento. Fecho não roscado (contendo um selo de borracha). O fecho não roscado é de alumínio e o selo de borracha é de borracha de bromobutilo. Cada cartucho de câmara dupla contém 1,61 mg de hormona paratiroideia e 1,13 ml de solvente (14 doses). O Preotact encontra-se disponível em embalagens de 2 e 6 cartuchos. É possível que não sejam comercializadas todas as apresentações. A caneta Preotact e as agulhas não estão incluídas. 6.6 Precauções especiais de eliminação O Preotact é injectado com a caneta reutilizável, caneta Preotact. O conteúdo do cartucho de câmara dupla é reconstituído na caneta Preotact. Após a recons-tituição, o líquido deve ser límpido e incolor. NÃO AGITAR; a agitação pode causar a desnaturação da substância activa. Caso a solução reconstituída se encontre turva, com cor ou contenha partículas, o cartucho deve ser retirado da caneta Preotact, devendo ser inserido um novo cartucho. Os produtos não utilizados ou os resíduos devem ser eliminados de acordo com as exigências locais. 7.TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO Nycomed Danmark ApS, Langebjerg 1, DK-4000 Roskilde, Dinamarca12 8. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO EU/1/06/339/001-002 9. DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO/RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO 24.04.2006 10. DATA DA REVISÃO DO TEXTO. Medicamento sujeito a receita médica. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM. Regime de comparticipação: Escalão B.

Classe de sistema orgânico	PTH N=1,341 (%)
Infecções e infestações	
Pouco frequentes	
Gripe	0,5
Doenças do metabolismo e da nutrição	
Muito frequentes	
Hipercalcemia	25,3
Frequentes	
Aumento dos níveis de cálcio no sangue	3,1
Pouco frequentes	
Aumento dos níveis de fosfatase alcalina no sangue	0,8
Anorexia	0,6
Aumento dos níveis de ácido úrico no sangue	0,6
Doenças do sistema nervoso	
Frequentes	
Dores de cabeça	9,3
Enjoos	3,9
Pouco frequentes	
Disgeusia	0,8
Parosmia	0,7
Cardiopatias	
Frequentes	
Palpitações	1,0
Doenças gastrointestinais	
Muito frequentes	
Náuseas	13,5
Frequentes	
Vómitos	2,5
Obstipação	1,8
Dispepsia	1,3
Diarreia	1,0
Pouco frequentes	
Dor abdominal	0,8
Afecções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos	
Frequentes	
Cãibras musculares	1,1
Dor nas extremidades	1,1
Dor lombar	1,0
Doenças renais e urinárias	
Muito frequentes	
Hipercalciúria	39,3
Frequentes	
Aumento do rácio cálcio/creatinina na urina	2,9
Aumento do cálcio na urina	*2,2*
Perturbações gerais e alterações no local de administração	
Frequentes	
Eritema no local da injecção	2,6
Fadiga	1,8
Astenia	1,2
Pouco frequentes	
Irritação na zona de injecção	0,9

Preotact®

Da Osteoformação à Redução de Fracturas

Dr. Paulo Clemente Coelho
Reumatologista do IPR – Instituto Português de Reumatologia

A Capilaroscopia

Uma Técnica Importante na Afirmação da Reumatologia

Nos últimos anos, a microcirculação tem tomado um papel de destaque na compreensão da fisiopatologia de algumas doenças difusas do tecido conjuntivo. A capilaroscopia permite uma avaliação morfológica simples do leito capilar, podendo, com a utilização de meios mais sofisticados, obter informações dinâmicas e funcionais da microcirculação.

O grande interesse da capilaroscopia para o reumatologista está na detecção precoce das alterações microangiopáticas que acontecem em algumas doenças reumáticas, nomeadamente na Doença e fenómeno de Raynaud, onde tem um alto valor prognóstico, distinguindo entre primário e secundário com um valor preditivo elevado.

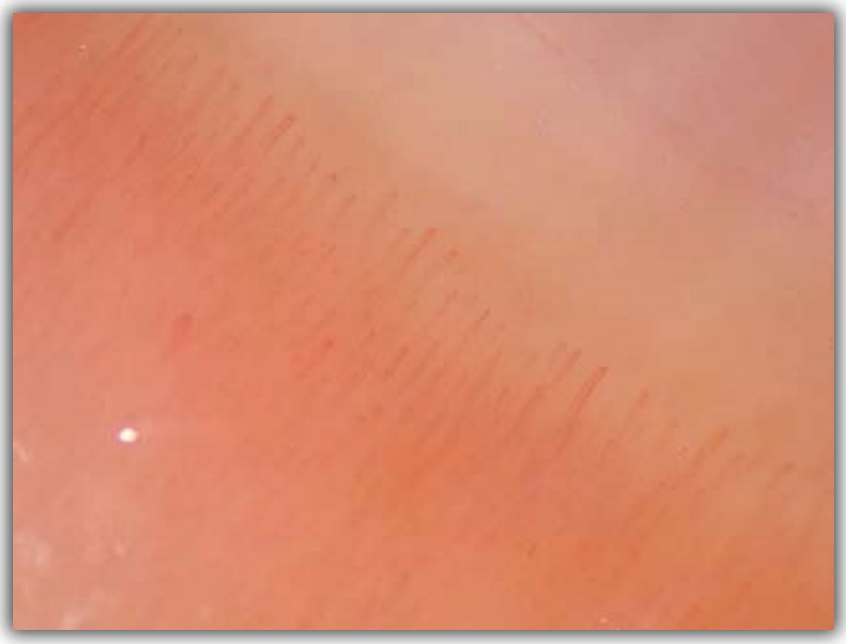
Outras doenças, onde a capilaroscopia tem interesse demonstrado, são a Esclerose Sistémica, nas forma difusa e limitada, a Dermatomiosite e os síndromes intrincados do tecido conjuntivo (Overlap Syndrome)[1].

No entanto, o leque de doenças onde a capilaroscopia tem vindo a ser usada com interesse na avaliação clínica tem-se alargado substancialmente. Dependendo das doenças e situações, podemos extrair da capilaroscopia informações com importância diagnóstica, prognóstica e, nalguns casos, de seguimento[2].

Uma das situações em que a Capilaroscopia pode ser mais útil é a Doença Indiferenciada do Tecido Conjuntivo. Nesta situação, alterações significativas na avaliação capilaroscópica podem sugerir a evolução para uma doença difusa do tecido conjuntivo mais específica e ajudar na decisão terapêutica mais precoce[2].

Conforme referido num editorial recente da revista *Arthritis & Rheumatism*, existe uma crescente necessidade de implementação da técnica de capilaroscopia na Reumatologia e de uma maior divulgação da sua utilidade clínica prática[3].

> “Existe uma crescente necessidade de implementação da técnica de capilaroscopia na Reumatologia e de uma maior divulgação da sua utilidade clínica prática”



Leito capilar normal

Em Portugal, o Instituto Português de Reumatologia (IPR) foi pioneiro na introdução desta técnica na Reumatologia, iniciando a sua execução em 1999 com um aparelho de esteromicroscopia com imagem digital acoplada que permite a realização de capilaroscopia morfológica do leito ungueal, estando actualmente também equipado com um aparelho de vídeo-capilaroscopia, que veio alargar as potencialidades e a qualidade de realização desta técnica.

No IPR, a realização de um estágio de capilaroscopia é obrigatória para todos os seus internos e a instituição tem participado em cursos de formação pós-graduados a nível nacional e internacional, além de desenvolver trabalhos de investigação clínica da aplicação da capilaroscopia nas doenças reumáticas. No editorial já referido neste texto, os autores salientam que está a ser pensada a introdução da formação obrigatória em capilaroscopia para os novos reumatologistas, reforçando assim a urgência de as nossas unidades de Reumatologia se prepararem para esta necessidade.

A par de outras técnicas que recentemente tiveram a sua implementação, como a ecografia músculo-esquelética, a capilaroscopia apresenta-se hoje como uma técnica de grande utilidade na avaliação de uma parte dos doentes reumáticos e como um instrumento importante para reforçar a diferenciação da especialidade de Reumatologia. ■

1. Paulo Clemente Coelho. Interesse da capilaroscopia na avaliação do Fenómeno de Raynaud, da esclerose Sistémica e de outros quadros reumatológicos com diagnóstico mal definido. Rev. Portuguesa de Reumatologia 2002; 13(124): 5-21.

2. Cortes S, Clemente-Coelho P. A capilaroscopia do leito ungueal na avaliação prognóstica do fenómeno de Raynaud e da doença indiferenciada do tecido conjuntivo. Acta Reumatol Port. 2008 Apr-Jun;33(2):203-9.

3. De Angelis R, Grassi W, Cutolo M. A growing need for capillaroscopy in rheumatology. Arthritis Rheum. 2009;61(3):405-10.

Capilaroscopia revelando a existência de megacapilares e hemorragias.

> A capilaroscopia apresenta-se hoje como uma técnica de grande utilidade na avaliação de uma parte dos doentes reumáticos e como um instrumento importante para reforçar a diferenciação da especialidade”

À conversa com…

José Carlos Teixeira da Costa

À medida que percorremos a pé o caminho que separa a igreja, onde marcámos encontro, da sua casa no Bairro da Encarnação, em Lisboa, o médico-poeta desvenda os versos da sua vida

Na sua sala, na casa do bairro da Encarnação.

Afastado há alguns anos da azáfama do hospital que lhe consumia cerca de 12 horas por dia, José Carlos Teixeira da Costa, reumatologista a exercer actualmente no privado, conseguiu reencontrar-se com o tempo da vida e da escrita. E é desse tempo que falou ao B.I.

B. I.: A escrita nasceu consigo ou encontrou-a já em adulto?

J.C.T.C.: Desde a adolescência que os livros se tornaram uma das coisas mais importantes da minha vida. Um mundo oculto, fértil, profundo, livre como a imaginação, em contraponto a um quotidiano monótono, superficial, esforçado. Aos poucos, comecei a ver a realidade mergulhada numa luz diferente e fui escrevendo, erraticamente, alguns textos acerca do que me rodeava, com essa nova maneira de olhar. Seguiram-se

longos e exigentes anos de formação e de trabalho árduo em Medicina que me obrigaram a limitar muito essas actividades. Só muito mais tarde reencontrei o caminho.

> O exercício da medicina trouxe até mim imagens do sofrimento humano e uma profunda sensação de desigualdade, de injustiça"

Reserva alguma parte do dia para escrever?
Não tenho momentos especiais para escrever. Faço-o quando posso, quando a actividade profissional o permite, de uma forma irregular, de dia ou de noite, mais em certas épocas, imprevisivelmente. Escrevo quando as ideias surgem, quase sempre à mão na primeira versão de um texto.

O que é um bom dia para si?
É um dia em que tenho tempo para ler. Sinto-me bem quando consigo ler e escrever alguma coisa que me satisfaz.

Tudo lhe serve para escrever?
Escrevo sobre aquilo que me comove ou de alguma forma me perturba, as coisas, as pessoas, a servidão, os sentimentos, as paixões, a perda, a vida e a morte. O exercício da medicina trouxe até mim imagens do sofrimento humano e uma profunda sensação de desigualdade e de injustiça.

Como conseguiu publicar o seu primeiro livro?
Ao longo dos anos fui acumulando poemas, textos vários. Tenho prazer não só em escrever, mas também em partilhar o pensamento, o meu sentir. Deste modo, seleccionei um grupo de poemas e enviei-o a algumas editoras. A Hugin Editores aceitou-o para publicação, o que veio a acontecer em 2003, num livro intitulado "O Voo Interdito para o Sol".

Está a tentar publicar outro, desta vez em prosa poética…
Estou a ultimar um outro livro, em prosa. Fala do homem dividido, de tudo o que nunca chegamos a saber acerca daqueles que amamos. É um olhar sobre a condição humana, os excluídos, quase sempre numa linguagem poética. Irei tentar a sua publicação, embora saiba que é difícil neste género literário.

Como assiste à evolução da poesia portuguesa, nem sempre constante?
Existem em Portugal excelentes poetas e escritores contemporâneos. Gosto muito de autores como José Tolentino Mendonça, Al Berto, Eugénio de Andrade, António Ramos Rosa, José Luís Peixoto, para citar apenas alguns. Infelizmente, o gosto pela poesia tem diminuído, talvez porque o ensino se tornou cada vez mais científico-tecnológico e a sociedade mais materialista e também porque a escrita poética, de uma forma geral, se tornou mais hermética e, portanto, menos acessível ao leitor.

> Tenho prazer não só em escrever, mas também em partilhar o pensamento"

O exercício da Medicina é uma actividade que exige muito tempo e concentração e frequentemente nos ocupa o pensamento, mesmo em horas chamadas livres. Um escritor ou poeta a tempo inteiro, ou com uma profissão menos absorvente, poderá desenvolver em plenitude todo o seu talento, vivendo em permanência com esse filtro no olhar. ■

"O Voo Interdito para o Sol", o seu primeiro livro de poesia editado pela Hugin (2003).

O reumatologista-escritor com o seu cão, amigo há 10 anos.

Out 2009-1642

RoACTEMRA 20 mg/ml concentrado para solução para perfusão. Frasco para injectáveis com 80, 200 ou 400 mg de tocilizumab em 4, 10 ou 20 ml, respectivamente. Excipientes: sacarose, polissorbato 80, fosfato dissódico dodeca-hidratado, fosfato monossódico di-hidratado, água para preparações injectáveis. **Indicação terapêutica:** RoACTEMRA, em associação com metotrexato (MTX), é indicado no tratamento da artrite reumatóide activa, moderada a grave, em doentes adultos que tiveram uma resposta inadequada ou foram intolerantes a terapêutica prévia com um ou mais fármacos anti-reumáticos modificadores da doença ou antagonistas do factor de necrose tumoral (TNF). Nestes doentes, RoACTEMRA pode ser usado em monoterapia em caso de intolerância a MTX ou quando o uso continuado de MTX é inapropriado. **Posologia/Modo de administração:** Deve ser dado um Cartão de Alerta do Doente, aos doentes tratados com RoACTEMRA. Posologia: 8 mg/kg (mas não inferior a 480 mg), uma vez de 4 em 4 semanas. Para ajustes de dose devido a alterações laboratoriais, como alterações das enzimas hepáticas, contagem absoluta dos neutrófilos (CAN) ou das plaquetas baixa, consultar Resumo das Características do Medicamento (RCM). Não utilizar em doentes <18 anos. Para informação sobre populações especiais consultar RCM. Modo de administração: Diluir para um volume final de 100 ml com solução injectável de cloreto de sódio 9 mg/ml (0,9%), estéril e apirogénica, utilizando técnica asséptica, e administrar por perfusão intravenosa durante 1 hora. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância activa ou excipientes, infecções activas, graves. **Advertências e precauções:** Interromper em caso de infecção grave. Recomenda-se precaução ao considerar a utilização em doentes com história de infecções recorrentes ou crónicas, ou com predisposição para infecções. Avaliar tuberculose latente e tratar antes de iniciar RoACTEMRA. Pouco frequentemente foram notificados acontecimentos de perfuração diverticular. Utilizar com precaução em doentes com história prévia de ulceração intestinal/diverticulite. Foram notificadas reacções graves de hipersensibilidade associadas à perfusão. Disponibilizar tratamento apropriado para uso imediato em caso de reacção anafiláctica durante a administração. Foi frequentemente notificado aumento das transaminases hepáticas sem progressão para dano hepático. Precaução ao considerar o tratamento de doentes com doença hepática activa ou compromisso hepático. Não se recomenda tratamento em doentes com alanina aminotransferase (ALT) ou da aspartato aminotransferase basal >5x LSN. Foi observada diminuição da contagem de neutrófilos e plaquetas. Pode existir risco aumentado de neutropenia em doentes tratados previamente com antagonistas do TNF. Não se recomenda tratamento em doentes com uma CAN <0,5x10^9/l ou uma contagem de plaquetas <50x10^3/µl. Observaram-se aumentos nos parâmetros lipídicos. Não se recomenda a administração simultânea de vacinas vivas ou vivas atenuadas com RoACTEMRA ou a utilização com outros agentes biológicos. Em doentes sob dieta controlada em sódio deve considerar-se que este medicamento contém sódio. Consultar RCM para informação adicional acerca de advertências/precauções e recomendações relacionadas. **Interacções:** A expressão do CYP450 pode ser invertida. Ao iniciar/interromper tocilizumab, monitorizar doentes que tomem medicamentos ajustados individualmente e metabolizados via CYP450 3A4, 1A2, 2C9 ou 2C19; pode ser necessário aumentar as doses para manter o efeito terapêutico. O efeito de tocilizumab no CYP450 pode persistir semanas após a interrupção da terapêutica. **Efeitos indesejáveis:** Infecções do tracto respiratório superior, nasofaringite, cefaleia, hipertensão e aumento da ALT, celulite, pneumonia, herpes simplex oral, herpes zoster, ulceração da boca, gastrite, erupção cutânea, prurido, tonturas, transaminases hepáticas aumentadas, leucopenia, neutropenia, hipercolesterolemia, conjuntivite, diverticulite, estomatite, urticária, bilirrubina total aumentada, hipertrigliceridemia, reacções de hipersensibilidade. Para informação adicional, consultar RCM. Janeiro 2009. Roche Farmacêutica Química, Lda., NC 500233810, Estrada Nacional 249, 1 - 2720-413 Amadora, Tel.: 214 257 000, Fax: 214 186 677 **Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações deverá contactar a Roche Farmacêutica Química, Lda.**

O primeiro inibidor do receptor da IL-6 para o tratamento da Artrite Reumatóide

RoACTEMRA® É O BIOLÓGICO DE PRIMEIRA LINHA QUE OFERECE AOS DOENTES COM AR A MELHOR HIPÓTESE DE ALCANÇAR UMA REMISSÃO RÁPIDA E PROLONGADA [1-7]*

*Artrite Reumatóide activa moderada a grave
Remissão definida como DAS28 < 2,6

Novo biológico de 1ª linha aprovado na União Europeia

RoACTEMRA®
tocilizumab

1. Smolen *et al.* TOCILIZUMAB RAPIDLY AND SIGNIFICANTLY REDUCES DAS28 IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS INADEQUATELY RESPONDING TO DMARDS: POOLED ANALYSIS. *Ann Rheum Dis* 2008;67(Suppl II):341. **2.** Westhovens *et al.* The Safety of Infliximab, Combined With Background Treatments, Among Patients With Rheumatoid Arthritis and Various Comorbidities. *Arth Rheum* 2006; 54(4);1075-1086. **3.** Schiff *et al.* Efficacy and safety of abatacept or infliximab vs placebo in ATTEST: a phase III, multi-centre, randomised, double-blind, placebo-controlled study in patients with rheumatoid arthritis and an inadequate response to methotrexate. *Ann Rheum Dis* 2008;67;1096-1103. **4.** Van der Heijde *et al.* Comparison of Etanercept and Methotrexate, Alone and Combined, in the Treatment of Rheumatoid Arthritis Two-Year Clinical and Radiographic Results from the TEMPO Study, a Double-Blind, **Randomized Trial Arth Rheum** 2006; 54(4);1063-1074. **5.** European Medicines Agency. European Public Assessment Report: RoActemra (EMEA/H-C-955). 2009. **6.** Bergman, Boers et al. Efficacy of Tocilizumab relative to other Biologic Agents in patients whit Rheumatoid Arthritis and an Inadequate Response to Traditional DMARDs: A meta-analysis whit mixed treatment comparisons. Poster presented at BSR 2009. Poster number:185. **7.** Aleatha et al. The importance of reporting disease activity states in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials. Arth Rheum 2008; 58(9): 2622-2631.

ANEA – Associação Nacional da Espondilite Anquilosante

Um bom exemplo de integração na comunidade

Com 15 técnicos de Saúde permanentes, nove monitores e dez núcleos regionais, a ANEA explica como uma associação de doentes pode prestar serviços a toda a comunidade

A piscina aquecida serve mais de 700 utentes, muitos dos quais não são doentes. Há as crianças das escolas circundantes, os idosos dos lares de Terceira Idade e as pessoas que moram na freguesia de São Domingos de Rana, Concelho de Cascais. Todos usufruem das infra-estruturas da ANEA – Associação Nacional da Espondilite Anquilosante.

Como conseguiu uma associação de doentes alcançar este feito? Justino Romão, presidente, Vicente Silva, vice-presidente, e Jorge Nunes, secretário-geral e sócio-fundador, estão de acordo em relação aos requisitos necessários: perseverança, muito dinamismo, contínua mudança e inovação, transparência total na aplicação dos subsídios e na prestação de contas…

Com estes princípios, conseguiram montar uma sede que custou, na totalidade, um milhão e 400 mil euros, e que tem consultas de fisiatria, psicologia e reumatologia, 2 ginásios, diversos equipamentos de fisioterapia e uma piscina aquecida a 33-34º com classes de hidroterapia, disponível a toda a comunidade.

A ideia para edificar este espaço surgiu, naturalmente, da necessidade. "No ano 2000, estávamos circunscritos a uma salinha em Alcabideche e começámos a sentir a necessidade de ter mais e dar mais aos doentes. Lançámos o desafio à Câmara Municipal de Cascais. A princípio, admitíamos que houvesse dificuldade em obter os fundos necessários. Porém, conseguimos criar uma relação de confiança com entidades financiadoras (a Câmara Municipal de Cascais e o Ministério da Saúde). Foi assim que tudo começou", afirma Justino Romão.

> "Nós aplicamos bem o dinheiro e quem dá os subsídios sabe disso"

Da cedência do terreno da Câmara à conclusão do projecto, passaram mais de três anos, "o tempo necessário para conseguirmos ir esperando pelas sucessivas aprovações de dotações nos orçamentos anuais das entidades financiadoras. Tivemos sorte com o construtor, que nunca parou a obra. Sempre que recebíamos dinheiro, pagávamos. Foram 200 a 300 mil euros em cada ano", explica.

A confiança que a Câmara Municipal de Cascais depositou na ANEA deveu-se, segundo Jorge Nunes, ao dinamismo e à capacidade demonstrada de levar "as coisas" para a frente, desde as negociações com os construtores ao acompanhamento da execução da obra. "Nós aplicamos bem o dinheiro e quem dá os subsídios sabe disso. Isto fez-se com metade do dinheiro que se faria se tivéssemos dado a uma empreitada para fazer. O processo foi seguido com muito cuidado e isso resulta de um grande empenhamento da Direcção que cá estava nessa altura".

A mais-valia do projecto tem também a ver com a necessidade das diversas instituições sociais

da região. "São Domingos de Rana não tinha uma piscina aquecida e a abertura da da ANEA à comunidade fez com que se tornasse um equipamento social comunitário gerido por nós", explica.

No entanto, nada se faz só com boa vontade. E quando a dedicação a uma causa é transcendente, há momentos de dúvida. "Por vezes, as pessoas, mesmos os doentes, não percebem o que se passa aqui dentro, as dificuldades por que passamos. A verdade é que ninguém da Direcção tem experiência de gestão ou de piscinas aquecidas", realça Jorge Nunes.

A preocupação de arranjar dinheiro não é a mais importante. Empregá-lo de forma inteligente é que faz toda a diferença, explicita o trio directivo. "Todos os projectos a que nos candidatamos são, em geral, aprovados. Nunca fomos eliminados. No entanto, há por trás um trabalho enorme de preparação dos projectos e de prestação de contas. O Ministério da Saúde financia, mas exige um relatório minucioso de tudo o que fazemos com o dinheiro. Às vezes, esses relatórios ultrapassam as 300 páginas", acrescenta.

Tempo é dinheiro?

Estar na Direcção de uma associação de doentes requer tempo. A remuneração dos órgãos sociais é uma conversa que está em cima da mesa de muitas associações. Nos estatutos da ANEA, tal também está previsto, mas ainda não acontece. "Nesta fase, nem sequer ponderámos atribuir remunerações aos órgãos sociais porque não há dinheiro. Não se pode viver em prejuízo", explica Justino Romão.

Os órgãos sociais exercem, por isso, as suas funções em regime de voluntariado. Os membros que se encontram em situação de reforma asseguram uma debitação quase a tempo inteiro. O secretário-geral, Jorge Nunes, aufere uma remuneração, enquanto funcionário da ANEA.

Todos concordam que é importantíssimo que a associação tenha uma voz permanente, que atenda os telefonemas e responda aos e-mails dos doentes. Caso contrário, uma associação torna-se fantasma e perde a sua razão de existir: ajudar os doentes.

> A preocupação de arranjar dinheiro não é a mais importante. Empregá-lo de forma inteligente é que faz toda a diferença"

Os doentes são, de facto, os destinatários de todos estes esforços. Tal como noutras doenças reumáticas, o diagnóstico precoce da espondilite anquilosante é essencial para que o doente "não cole". Os tratamentos em piscina aquecida e os exercícios físicos fazem, nesta doença, a diferença entre anquilosar (a curvatura da coluna que impede os doentes de ficarem com uma postura direita) e viver com qualidade. Como diz Jorge Nunes, é melhor conseguir olhar uma pessoa nos olhos do que passar a vida a olhar para o chão. ■

Desde Fevereiro deste ano na presidência da ANEA, Justino Romão tem tido como principal objectivo equilibrar as contas, por um lado, e dar mais informação aos associados, por outro. Quanto ao primeiro, está contente: "temos dinheiro para o dia-a-dia", responde. O segundo objectivo é concretizável a longo prazo. É que os doentes que estão perto da associação estão perfeitamente integrados. Contudo, há todos os outros espalhados por regiões que não têm, infelizmente, as mesmas condições de acesso. "Por esta razão, o *site*, o boletim informativo e os folhetos da ANEA sofreram alterações profundas, tornando-se mais vivos, atraentes e completos, publicando notícias de todos os núcleos regionais", justifica Justino Romão. Os 11 núcleos regionais da ANEA são espaços essenciais para fazer chegar a mensagem a todo o país e dinamizar actividades regionais.

O balanço que faz dos poucos meses de mandato é muito positivo: "Queria uma associação viva, útil e querida por quem dela precisa. Os profissionais que trabalham cá ganham pela tabela, o que não é muito, mas existe um bom ambiente".

ANEA
Associação Nacional da Espondilite Anquilosante

Rua do Platão, 147
Zambujal
2785-698 Zambujal
Tel.: 214 549 200 Fax.: 214 549 208
anea@anea.org.pt
www.anea.org.pt

Associados (em Novembro de 2009): 2785.

Núcleos regionais: 10 (Algarve, Braga, Cova da Beira, Vila Real, Porto, Viseu, Coimbra, Leiria, Ponte de Lima e Ovar).

Técnicos: 1 fisiatra, 1 reumatologista, 2 psicólogas, 3 fisioterapeutas na sede e 8 nos núcleos regionais, 9 técnicos monitores e 4 auxiliares administrativos.

Livros

Pergunta ao Pó

De John Fante

Tradução de
Rui Pires Cabral
Editora Ahab
2009

"Pergunta ao Pó", de John Fante, mestre da ficção americana do século XX, é a história de Arturo Bandini, um jovem aspirante a escritor recém-chegado à Los Angeles dos anos 30. Lutando pela dura sobrevivência diária enquanto sonha com o sucesso literário, Bandini vai-se deixando fascinar pelo lado sórdido da cidade até se envolver com a esquiva e temperamental Camilla Lopez, uma empregada de bar mexicana.

Este livro é um dos primeiros títulos a serem lançados pela nova editora Ahab, com sede no Porto. O nome da editora é a personagem central do romance "Moby Dick" de Herman Melville. ■

Teatro

Solveig Nordlund

"La Musica" de Marguerite Duras

Lisboa, Centro Cultural de Belém

21, 22, 23 e 25 de Janeiro de 2010 – 21h

24 de Janeiro de 2010 – 16h

Pequeno Auditório – Sala Eduardo Prado Coelho

Plateia: 15€

Laterais: 12,5€

O amor é o tema desta peça de teatro escrita por Marguerite Duras e encenada pela cinéfila sueca Solveig Nordlund. Duas pessoas, casadas durante 15 anos e separadas abruptamente, reencontram-se para assinar os papéis do divórcio. Obrigadas a passar uma noite no local, aproveitam para reacender mágoas e memórias.

O trabalho de Solveig Nordlund é bem conhecido entre nós. Começou o seu percurso no cinema como montadora em filmes de João César Monteiro, Manoel de Oliveira, João Botelho, entre outros. Em 1978, estreou-se na ficção com "Nem Pássaro nem Peixe". Tem realizado vários filmes sobre peças de teatro em colaboração com o Teatro da Cornucópia. ■

Exposições

Art Déco, 1925

Fundação Calouste Gulbenkian,
Galeria de Exposições Temporárias
Até 03 de Janeiro de 2010
Terça a Domingo,
10h00 – 18h00
Preço: 5€

Esta exposição, que evoca o período "Art Déco", reúne trabalhos dos melhores artistas e das mais destacadas manufacturas e ateliers seleccionados para a mítica Exposição de 1925 em França – Exposição Internacional das Artes Decorativas e Industriais Modernas de 1925. Num relatório de 1915, a Comissão Organizadora afirmava que o objectivo dessa exposição era excluir "toda e qualquer referência à tradição", manifestando exclusivamente uma espécie de "Renascimento" artístico que produziria uma resposta "tanto às necessidades mais modestas como aos caprichos do luxo". Art Déco 1925 é, assim, uma oportunidade de reviver esses objectos revolucionários.

Música

A viagem de Inverno de Schubert

Remix Ensemble com o tenor Christoph Pregardien

Casa da Música

19 de Janeiro de 2010

Sala Suggia, 19h30

Preço: 10€

Figura assídua nas maiores salas de concerto mundiais, o tenor alemão Christoph Pregardien actua pela primeira vez com o Remix Ensemble na Casa da Música, no mais célebre ciclo para canto e piano de Schubert – "A Viagem de Inverno" – revisitado na visão contemporânea de Hans Zender. A direcção musical é de Peter Rundel. ■

Glossário Gourmet

Em período de festas e experimentação de novas iguarias, saiba o que significam as mais recentes tendências gastronómicas

Nouvelle Cuisine e *Haute Cuisine*

O termo "*Nouvelle cuisine*" (nova cozinha) surgiu na segunda metade do século XX, fruto de uma tendência da culinária francesa que apelava ao sabor natural dos alimentos e à estética na apresentação dos pratos. Actualmente, a "*haute cuisine*" (alta cozinha) goza de maior reputação, apostando nos ingredientes diferenciados, nos molhos finos e nas técnicas culinárias do mais alto grau de refinamento.

Cuisine du terroir

Outra tendência importada de França, a *cuisine du terroir* assenta no uso de especialidades regionais, com ênfase em produtos de alta qualidade.

Cozinha de fusão

Utilizada regularmente nos restaurantes diferenciados, a expressão "cozinha de fusão" designa a mistura, num só prato, de sabores, tradições ou técnicas gastronómicas de diversos povos ou regiões.

Cozinha criativa

Com o mesmo significado de cozinha de autor, corresponde a expressões contemporâneas de pratos tradicionais, criação de raiz de iguarias e inovação na forma de apresentar os pratos.

Gourmet

Actualmente, a palavra "*gourmet*" já faz parte do vocabulário português. Relaciona-se com os produtos de autenticidade e alta qualidade, nomeadamente de DOP (Denominação de Origem Protegida), ETG (Especialidade Tradicional Garantida) ou de IGP (Indicação Geográfica Protegida).

Tempura

"Tempura" é um prato clássico da culinária japonesa e base de muitos outros. Consiste em pedaços fritos de vegetais ou mariscos envoltos num polme fino. A fritura é realizada em óleo muito quente, durante dois ou três minutos. ■

LYRICA®
PREGABALINA

CELEBREX
(CELECOXIB)

1CELE0903001

Pfizer
LABORATÓRIOS PFIZER, LDA.
Sede: Lagoas Park - Edifício 10 - 2740-271, Porto Salvo - Portugal
Capital Social: €107,483,000.00 • C.R.C. Cascais - Matrícula NR 16.685

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RCM Nome do Medicamento e Forma Farmacêutica Remicade 100 mg pó para concentrado para solução para perfusão **Composição Qualitativa e Quantitativa** 1 frasco para injectáveis contém 100 mg de infliximab **Indicações terapêuticas** Artrite reumatóide. Doença de Crohn em adultos. Doença de Crohn pediátrica. Colite ulcerosa. Espondilite anquilosante. Artrite psoriática. Psoríase **Posologia e modo de administração** Via IV. Todos os doentes aos quais se administra Remicade devem ser mantidos sob observação durante, pelo menos, 1-2 horas após a perfusão para despiste de reacções agudas relacionadas com a perfusão Artrite reumatóide (AR) 3 mg/kg, durante 2 horas, seguida por doses adicionais de 3 mg/kg, administradas por perfusão 2 e 6 semanas após a 1ª perfusão e, em seguida, a intervalos de 8 semanas. Em doentes com AR cuidadosamente seleccionados, que toleraram 3 perfusões iniciais de 2 horas de Remicade, poder-se-á ponderar a administração das perfusões subsequentes durante um período não inferior a 1 hora. Remicade tem de ser administrado concomitantemente com metotrexato Doença de Crohn activa grave perfusão IV 5 mg/kg ao longo de 2 horas, seguida por uma perfusão adicional de 5 mg/kg, 2 semanas após a 1ª perfusão IV. No caso de um doente não responder ao tratamento após as 2 primeiras doses, não deve ser administrado tratamento adicional com infliximab Doença de Crohn activa, com formação de fístulas perfusão IV de 5 mg/kg ao longo de 2 horas, seguida de doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão às 2 e 6 semanas após a 1ª perfusão. Se um doente não responder após 3 doses, não deve ser administrado qualquer tratamento adicional com infliximab Colite ulcerosa perfusão IV de 5 mg/kg administrada durante 2 horas seguida por doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão, 2 e 6 semanas após a 1ª perfusão, e em seguida, a intervalos de 8 semanas. Os dados disponíveis sugerem que a resposta clínica é geralmente atingida dentro de 14 semanas de tratamento, ou seja, 3 doses Espondilite anquilosante perfusão IV de 5 mg/kg administrada durante 2 horas seguida por doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão, 2 e 6 semanas após a 1ª perfusão e, em seguida, a intervalos de 6 a 8 semanas. Se um doente não responder às 6 semanas (i.e. após a administração de 2 doses), não deve ser administrado tratamento adicional com infliximab Artrite psoriática perfusão IV de 5 mg/kg administrada durante 2 horas seguida por doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão, 2 e 6 semanas após a 1ª perfusão e, em seguida, a intervalos de 8 semanas. Psoríase perfusão IV de 5 mg/kg administrada durante 2 horas seguida por doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão, 2 e 6 semanas após a 1ª perfusão e, em seguida, a intervalos de 8 semanas. Se um doente não responder às 14 semanas (i.e. após a administração de 4 doses), não deve ser administrado tratamento adicional com infliximab. Consultar RCM completo sobre re-administração nas várias indicações, utilização em população idosa, pediátrica e com compromisso da função renal e/ou hepática **Contra-indicações** Hipersensibilidade ao infliximab, proteínas murinas ou a qualquer dos excipientes. Doentes com tuberculose ou outras infecções graves tais como sepsis, abcessos, e infecções oportunistas. Doentes com insuficiência cardíaca moderada ou grave (classe III/IV da NYHA). **Advertências e precauções especiais de utilização** Reacções da perfusão e hipersensibilidade, infecções (ex. tuberculose, infecções bacterianas, infecções fúngicas e outras infecções oportunistas), reactivação da hepatite B (VHB), acontecimentos hepatobiliares, administração concomitante de um inibidor TNF-alfa e anacinra e de um inibidor TNF-alfa e abatacept, vacinações, processos auto-imunes, acontecimentos neurológicos, doenças malignas e linfoproliferativas, insuficiência cardíaca, intervenções cirúrgicas, incluindo artroplastia **Interacções medicamentosas e outras formas de interacção** Anacinra, abatacept, vacinas vivas **Efeitos indesejáveis** Infecção viral, tuberculose, infecções bacterianas, infecções fúngicas, infecções oportunistas, reactivação da hepatite B, linfoma hepatoesplénico de células T, linfoma, neutropenia, leucopenia, trombocitopenia, anemia, linfopenia, linfadenopatia, linfocitose, agranulocitose, púrpura trombocitopénica trombótica, pancitopenia, anemia hemolítica, púrpura trombocitopénica idiopática, reacção tipo doença do soro, reacção anafiláctica, síndrome semelhante ao lúpus, sintoma alérgico respiratório, choque anafiláctico, doença do soro, vasculite, depressão, amnésia, agitação, confusão, insónia, sonolência, nervosismo, apatia, cefaleias, vertigens, tonturas, doenças desmielinizantes do sistema nervoso central, meningite, doenças desmielinizantes periféricas, doenças desmielinizantes do sistema nervoso central, mielite transversa, convulsão, neuropatia, hipostesia, parastesia, endoftalmite, queratite, conjuntivite, edema peri-orbital, hordeólo, perda transitória de visão durante ou nas 2 horas após a perfusão, agravamento da insuficiência cardíaca, arritmia, síncope, bradicardia, cianose, palpitações, taquicardia, isquémia do miocárdio/enfarte do miocárdio durante ou nas 2 horas após a perfusão, insuficiência cardíaca, derrame pericárdico, rubor, hipotensão, isquémia periférica, hipertensão, tromboflebite, hematoma, equimose, petéquias, vasospasmo, afogueamento, falência circulatória, infecção do aparelho respiratório inferior, infecção do aparelho respiratório superior, sinusite, dispneia, edema pulmonar broncospasmo, pleuresia, epistaxis, efusão pleural, doença pulmonar intersticial, dor abdominal, diarreia, náuseas, dispepsia, diverticulite, refluxo gastro-esofágico, obstipação, queilite, perfuração intestinal, hemorragia gastrointestinal, estenose intestinal, pancreatite, aumento das transaminases, colecistite, anomalia da função hepática, hepatite, falência hepática, hepatite auto-imune, lesão hepatocelular, icterícia, urticária, erupção cutânea, prurido, hiperidrose, pele seca, erupção bolhosa, furunculose, dermatite fúngica, onicomicose, eczema, seborreia, rosácea, papiloma da pele, hiperqueratose, alopecia, pigmentação anormal da pele, epidermólise bolhosa tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, psoríase, incluindo recidiva de psoríase e psoríase pustular, eritema polimorfo, artralgias, mialgias, dor dorsal, pielonefrite, infecção urinária, vaginite, reacção relacionada com a perfusão, dor torácica, fadiga, febre, cicatrização deficiente, reacção no local da injecção, arrepios, edema, dor, lesão granulomatosa, auto-anticorpo positivo, irregularidades do factor de complemento. Consultar o RCM completo para mais informações. **Data da Revisão do Texto:** 10/2009 **Titular da AIM** Centocor B.V. Einsteinweg 101, 2333 CB Leiden, Holanda. **Representante Local do Titular de AIM** Schering-Plough Farma, Lda., Rua Agualva dos Açores 16, 2735 – 557 Agualva – Cacém, Contribuinte nº 500 700 907 **Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Medicamento Comparticipado ao abrigo do Despacho nº 4466/2005 (escalão A) e Despacho nº 20510/2008 (escalão A). Para mais informações deverá contactar o titular da AIM ou o representante local do titular de AIM.**

Eventos nacionais

VII Congresso da Sociedade Portuguesa de Doenças Ósseas Metabólicas

Organização: Sociedade Portuguesa de Doenças Ósseas Metabólicas
Data: 04 a 06 de Março de 2010
Local: Lisboa (em local a designar)
Mais informações: www.spreumatologia.pt

XV Congresso Português de Reumatologia

Organização: Sociedade Portuguesa de Reumatologia
Data: 07 a 10 de Abril de 2010
Local: Funchal
Data-limite para submissão de resumos:
31 de Janeiro de 2010.
Mais informações: www.spreumatologia.pt

Consulte o programa provisório do XV CPR nas págs. 30 e 31

Eventos internacionais

1st Systemic Sclerosis World Congress

Organização: EUSTAR, FESCA e Scleroderma Foundation
Data: 11 a 13 de Fevereiro de 2010
Local: Palácio dos Congressos, Florença, Itália
Mais informações:
http://www.aimgroup.eu/2010/sclerosiscongress/

EULAR 2010 Congresso europeu anual da Reumatologia

Organização: Eular (European League Against Rheumatism)
Data:
16 a 19 de Junho de 2010
Local: Roma, Itália
Mais informações:
http://www.eular.org/

IOF World Congress on Osteoporosis & 10th European Congress on Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis

Organização: IOF e ESCEO
Data: 5 a 8 de Maio de 2010
Local: Florença, Itália
Mais informações: http://www.kenes.com/autoimmunity

9th International Congress on Systemic Lupus Erythematosus

Organização: Lupus Foundation of America
Data: 23 a 27 de Junho de 2010
Local: Vancouver, Canadá
Mais informações: www.lupus2010.com

7th International Congress on Autoimmunity

Organização:
Data: 5 a 9 de Maio de 2010
Local:Ljubljana, Eslovénia
Mais informações: http://www.kenes.com/autoimmunity

14th International Conference on Behçet's Disease

Organização: International Society for Behçet´s Disease (ISBD)
Data: 8 a 10 de Julho de 2010
Local: Londres, Reino Unido
Mais informações: www.icbd2010.com

Nova responsabilidade dos enfermeiros para com a Reumatologia

O primeiro Programa de Certificação de Enfermeiros em Reumatologia decorreu nos passos dias 19 e 20 de Setembro, no Lagoas Park Hotel.

"Os enfermeiros têm uma responsabilidade acrescida a partir de hoje", frisou Rui André, presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, durante o seu discurso de abertura do Programa de Certificação de Enfermeiros em Reumatologia, que decorreu nos passados dias 19 e 20 de Setembro, no Lagoas Park Hotel.

As mesmas palavras de ordem foram proferidas pela Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, Enf.ª Maria Augusta Sousa, que se dirigiu aos cerca de 50 enfermeiros presentes com um pedido de compromisso e parceria com a Reumatologia, especialidade com a qual contactam diariamente.

O formato do programa, também ele inovador, incidiu numa componente prática forte e numa vertente teórica marcada pelas últimas tendências em tratamento, nomeadamente o tratamento com fármacos biotecnológicos.

O primeiro dia foi dedicado à Artrite Reumatóide. Da parte da tarde, os formandos tiveram três workshops subordinados aos temas "Contagem Articular", "Escalas de Avaliação" e "Técnicas em Reumatologia", respectivamente. A Espondilite Anquilosante marcou o segundo dia do programa. "Metrologia (BASMI)", "Escalas de Avaliação (BASDAI, BASFI, ASQol e SF-36)" e "Sinais de alerta (clínicos e laboratoriais) nos doentes em Hospital de Dia" foram os temas das respectivas *workshops*. ■

SPR certifica a qualidade da formação da equipa de DIMs RoACTEMRA (Roche)

Concretizando a sua disponibilidade para projectos inovadores, a SPR aceitou a proposta que a Roche Farmacêutica lhe dirigiu para proceder a uma avaliação aprofundada, resultando em propostas de alteração e eventual validação final, do programa de formação da equipa de Delegados de Informação Médica (DIMs) que promove RoACTEMRA (Tocilizumab).

No relatório final dessa avaliação, realizada em Maio de 2009, a SPR considerou que "a formação de RoACTEMRA é completa, exaustiva e muito didáctica (…) De uma forma geral podemos considerar que a formação recebida pelos DIMs apresenta estruturação e conteúdos que cumprem elevados níveis de exigência."

Esta iniciativa constituiu, assim, uma nova forma de parceria entre a SPR e a Indústria Farmacêutica visando contribuir para a melhoria da qualidade e da adequação da informação prestada aos médicos portugueses e aos Reumatologistas em particular. ■

Curso certificado "Diagnóstico em Osteoporose" em parceria com a IOF

Em colaboração com a IOF - International Osteoporosis Foundation, a SPODOM promove o curso com certificação "Diagnóstico em Osteoporose", nos dias 3 e 4 de Março de 2010

Esta acção de formação decorre no âmbito do VII Congresso da SPODOM, agendado para 4, 5 e 6 do mesmo mês (em local a designar).

O curso é gratuito, tem uma carga horária de 11 horas e irá abordar os seguintes tópicos:

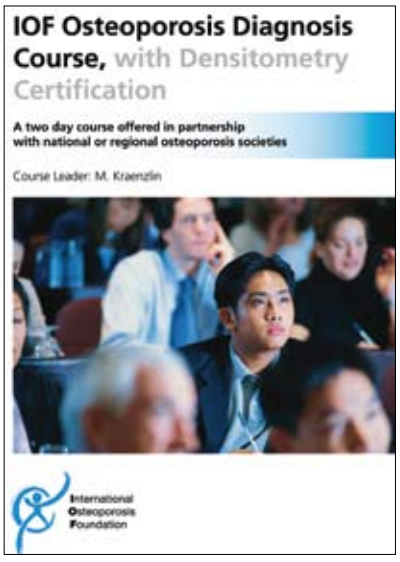
- Osteoporose: qual o problema?;
- Fisiopatologia;
- Avaliação clínica da Osteoporose;
- Técnicas de medição da massa óssea;
- Controlo de qualidade e de radiações;
- Utilização diagnóstica da densitometria;
- Interpretação da densitometria;
- Factores de risco da Osteoporose;
- Monitorização de alterações ósseas e esqueléticas;
- Prevenção da Osteoporose;
- Tratamento da Osteoporose;
- Casos clínicos;
- 1 hora e meia de exame + meia hora de discussão.

O curso está estruturado em palestras de 45 minutos de duração, incluindo discussões minutos 5-10. Os participantes têm a opção de, no final do curso, fazer um exame que lhes dará a certificação em Densitometria. O exame, com a duração de uma hora e meia, é composto por questões de escolha múltipla e entre Verdadeiro / Falso. ■

Corpo docente do curso

Roland Chapurlat (França), Jean Pierre Devogelaer (Bélgica), Hans-Peter Dimai (Áustria), Piet Geusens (Bélgica), Claus Glüer (Alemanha), Stefan Goemaere (Bélgica), Marius Kraenzlin (Suíça), Annie Kung (China), Uri Liberman (Israel), Nick A. Pocock (Austrália), Heinrich Resch (Áustria), René Rizzoli (Suíça), Jan Stepan (República Checa).

Os interessados em participar no Curso deverão efectuar uma pré-inscrição, enviando um *email* para: sociedade.osteoporose@gmail.com


IOF Osteoporosis Diagnosis Course, with Densitometry Certification
A two day course offered in partnership with national or regional osteoporosis societies
Course Leader: M. Kraenzlin
International Osteoporosis Foundation

PROTELOS®

Ranelato de estrôncio

O QUE A OSTEOPOROSE DESTRÓI
PROTELOS RECONSTRÓI

- O anti-osteoporótico que reequilibra o *turnover* ósseo a favor da formação do osso.[1,2]
- O anti-osteoporótico que reduz o risco de fracturas vertebrais e do colo do fémur ao longo de 5 anos.[3]

RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO: 1. DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO: PROTELOS 2 g grânulos para suspensão oral. **2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada saqueta contém 2 g de *ranelato de estrôncio*. **3. FORMA FARMACÊUTICA:** Grânulos para suspensão oral. Grânulos amarelos. **4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS:** Indicações terapêuticas: Tratamento da osteoporose pós-menopáusica para redução do risco de fracturas vertebrais e do colo do fémur. **Posologia e modo de administração:** A dose diária recomendada é uma saqueta de 2 g, uma vez por dia, por via oral. Devido à natureza da doença tratada o ranelato de estrôncio destina-se a uso prolongado. A absorção do ranelato de estrôncio é reduzida pelos alimentos, leite e produtos derivados, portanto PROTELOS deve ser administrado no intervalo das refeições. Devido à lenta absorção, PROTELOS deve ser tomado à hora de deitar, preferencialmente pelo menos duas horas após a refeição. Os grânulos nas saquetas devem ser tomados como uma suspensão num copo de água. Embora os estudos de utilização tenham demonstrado que o ranelato de estrôncio é estável em suspensão durante 24 h após preparação, a suspensão deve ser tomada imediatamente após ser preparada. Os doentes tratados com ranelato de estrôncio devem receber suplemento de vitamina D e de cálcio se a dieta for inadequada. Utilização no idoso: A eficácia e segurança do ranelato de estrôncio foi estabelecida num vasto leque etário (até 100 anos à inclusão) de mulheres pósmenopáusicas com steoporose. Não é necessário ajuste da dose relacionado com a idade. Utilização na insuficiência renal: Não é necessário ajuste da dose em doentes com insuficiência renal ligeira a moderada (30-70 ml/min depuração da creatinina). O ranelato de estrôncio não é recomendado em doentes com insuficiência renal grave (depuração da creatinina inferior a 30 ml/min). Utilização na insuficiência hepática: Como o ranelato de estrôncio não é metabolizado, não é necessário ajuste da dose nos doentes com insuficiência hepática. Utilização em crianças e adolescentes: PROTELOS não é recomendado para uso em crianças e adolescentes devido à ausência de dados de segurança e eficácia. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. **Advertências e precauções especiais de utilização:** De acordo com a boa prática clínica, recomenda-se a avaliação periódica da função renal nos doentes com insuficiência renal crónica. A continuação do tratamento com PROTELOS em doentes que desenvolvam insuficiência renal grave deve ser considerada numa base individual. PROTELOS deve ser usado com precaução em doentes com risco aumentado de TEV. Quando se tratarem doentes em risco ou com potencial risco de TEV, deve ser prestada particular atenção aos possíveis sinais e sintomas de TEV e tomar as medidas preventivas adequadas. O estrôncio interfere com os métodos colorimétricos para determinação das concentrações sanguíneas e urinárias de cálcio. Por isso, na prática clínica, a espectrometria de massa com plasma intuitivamente acoplado ou a espectrometria de absorção atómica deverão ser os métodos usados para garantir uma determinação exacta das concentrações sanguíneas e urinárias de cálcio. PROTELOS contém uma fonte de fenilalanina, que pode ser prejudicial às pessoas com fenilcetonúria. O tratamento com PROTELOS deve ser interrompido em caso de reacção alérgica grave. Foram notificados casos graves de síndroma de hipersensibilidade, incluindo em particular, eritema com eosinofilia e sintomas sistémicos (DRESS), por vezes fatais, associados à utilização de PROTELOS. O tempo para a manifestação dos sintomas foi cerca de 3-6 semanas e na maioria dos casos resolvem-se favoravelmente com a descontinuação do tratamento com PROTELOS e após o início de terapêutica com corticosteroides. A recuperação pode ser lenta e foram notificadas em alguns casos recidivas do síndroma após descontinuação da terapêutica com corticosteróides. As doentes devem ser informadas para parar imediata e permanentemente a toma de PROTELOS caso surja eritema e consultar o médico. As doentes que pararam o tratamento devido a reacções de hipersensibilidade não devem retomar a terapêutica com PROTELOS. **Interacções medicamentosas e outras formas de interacção:** Alimentos, leite e produtos derivados e medicamentos que contenham cálcio podem reduzir a biodisponibilidade do ranelato de estrôncio em aproximadamente 60-70%. Por isso, a administração de PROTELOS e daqueles produtos deve ser separada de pelo menos duas horas. Um estudo clínico de interacção in vivo, demonstrou que a administração de hidróxidos de alumínio e magnésio duas horas antes ou em simultâneo com o ranelato de estrôncio causou uma ligeira diminuição na absorção do ranelato de estrôncio (diminuição de 20-25% da AUC), enquanto que a absorção não foi praticamente afectada quando o antiácido foi tomado duas horas após o ranelato de estrôncio. Por isso, é preferível tomar os antiácidos pelo menos duas horas após PROTELOS. Como os catiões bivalentes formam complexos com as tetraciclinas orais e quinolonas ao nível gastrointestinal reduzindo por isso a sua absorção, não é recomendável a administração simultânea de ranelato de estrôncio com estes medicamentos. Como medida de precaução, o tratamento com PROTELOS deve ser suspenso durante o tratamento com tetraciclinas orais ou quinolonas. Não foi observada interacção com suplementos orais de vitamina D. **Efeitos indesejáveis**: PROTELOS foi estudado em ensaios clínicos que envolveram aproximadamente 8000 participantes. A segurança a longo prazo foi avaliada em mulheres pós-menopáusicas com osteoporose, tratadas até 60 meses com ranelato de estrôncio 2 g/dia (n=3.352) ou com placebo (n=3.317) em estudos de fase III. A idade média foi de 75 anos na inclusão e 23% das doentes incluídas tinham entre 80 e 100 anos de idade. As taxas de incidência global dos acontecimentos adversos com o ranelato de estrôncio não diferiu do placebo, tendo sido normalmente ligeiros e transitórios. Os acontecimentos adversos mais frequentes foram a náusea e diarreia, que foram geralmente notificados no início do tratamento, sem que se observasse mais tarde uma diferença significativa entre os grupos. A interrupção da terapêutica foi devido principalmente a náuseas (1,3% e 2,2% no grupo placebo e no grupo ranelato de estrôncio respectivamente). Doenças do sistema nervoso: Frequentes: cefaleia (3,3% vs. 2,7%). Doenças gastrointestinais: Frequentes: náusea (7,1% vs. 4,6%), diarreia (7,0% vs. 5,0%), fezes pastosas (1,0% vs. 0,2%). Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos: Frequentes: dermatite (2,3% vs. 2,0%), eczema (1,8% vs. 1,4%). Não existiram diferenças na natureza dos acontecimentos adversos entre os grupos de tratamento, independentemente da idade no momento da inclusão ser superior ou inferior a 80 anos. Durante os estudos de fase III, a incidência anual de tromboembolismo venoso (TEV) observada ao longo de 5 anos, foi aproximadamente de 0,7%, com um risco relativo de 1,4 (95% IC = [1,0; 2,0]) nas doentes tratadas com ranelato de estrôncio comparativamente com o placebo. Durante os estudos de fase III, ao longo de 5 anos, foram notificadas doenças do sistema nervoso com maior frequência em doentes tratadas com ranelato de estrôncio, comparativamente com placebo: perturbações de consciência (2,6% vs. 2,1%), perda de memória (2,5% vs. 2,0%) e crises convulsivas (0,4% vs. 0,1%). Exames complementares de diagnóstico: Ocorreram elevações transitórias (> 3 vezes o limite superior do intervalo normal) na actividade da creatinina quinase (CK) (fracção musculo-esquelética) notificadas em 1,4% e 0,6% nos grupos ranelato de estrôncio e placebo respectivamente. Na maioria dos casos, estes valores normalizaram espontaneamente sem qualquer alteração do tratamento. Os seguintes acontecimentos têm sido notificados na experiência pós-comercialização: Doenças gastrointestinais: Frequência desconhecida: vómitos, dor abdominal, irritação da mucosa oral incluindo estomatite e/ou ulceração da boca. Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos: Frequência desconhecida: reacções de hipersensibilidade cutânea incluindo eritema, prurido, urticária,angiocedema, síndroma de Stevens-Johnson. Casos graves de síndromas de hipersensibilidade incluindo eritema provocado pelo fármaco, com eosinofilia e sintomas sistémicos (DRESS). Afecções musculosqueléticas e dos tecidos conjuntivos: Frequência desconhecida: dor musculosquelética incluindo espasmo muscular, mialgia, dor óssea, artralgia e dor nas extremidades. Perturbações gerais e alterações no local de administração: Frequência desconhecida: edema periférico. Perturbações do foro psiquiátrico: Frequência desconhecida: estado confusional. Medicamento sujeito a receita médica (MSRM). Regime de comparticipação: Escalão B (RG: 69% - RE: 84%). *Para mais informações deverá contactar o representante do titular de AIM: Servier Portugal, Avenida António Augusto Aguiar, 128, 1069-133 Lisboa. Telefone 21 312 20 00*.

SERVIER PORTUGAL - Especialidades Farmacêuticas, Lda.
Av. António Augusto Aguiar, 128, 1069-133 LISBOA • Telefone 21 312 20 00 - Fax: 21 321 20 90

1 - Marie PJ, Ammann P, Boivin G, et al. *Calcif. Tissue Int.* 2001;69:121-129.
2 - RCM aprovado. **3** - Reginster JY, Felsenberg D, et al. *Arthritis&Rhum.* 2008;58(6):1687-1695

SERVIER

10PT5301

XV CONGRESSO PORTUGUÊS de REUMATOLOGIA
7 a 10 de Abril, 2010
FUNCHAL

PROGRAMA PROVISÓRIO

7 ABRIL . Quarta-feira

14h00 - 17h00	**Pré-Cursos**
17h00 - 18h00	**Simpósio Satélite**
18h00 - 19h00	**Simpósio Satélite**
19h30 - 20h30	**Cerimónia de Abertura**
20h30	**Entrega Reuméritus & Jantar**

8 ABRIL . Quinta-feira

08h30 - 09h00	**Posters**
09h00 - 10h30	**Artrite Reumatóide** SALA 1 **Encontro com Associações de Doentes** SALA 2
10h30 - 11h00	*Intervalo*
11h00 - 11h45	**Sessão Plenária I** SALA 1
11h45 - 13h15	**Revisão do Ano** SALA 1
13h15 - 14h00	*Almoço*
14h00 - 14h30	**Posters**
14h30 - 16h00	**Avanços Terapêuticos** SALA 1 **SPOT/SMFR/SPR** SALA 2
16h00 - 16h30	*Intervalo*
16h30 - 18h00	**Comunicações Livres** SALA 1 **Lombalgias** SALA 2 **Reumatismos Periarticulares mais frequentes** SALA 3
18h00 - 19h00	**Simpósio Satélite - ABBOTT** SALA 1
19h00 - 20h00	**Simpósio Satélite - ROCHE** SALA 1

Sociedade Portuguesa de Reumatologia

9 ABRIL . Sexta-feira

08h30 - 09h00	**Posters**
09h00 - 10h30	**Osteoartrose** SALA 1 **Interface com Clínica Geral** SALA 2
10h30 - 11h00	*Intervalo*
11h00 - 11h45	**Sessão Plenária II** SALA 1
11h45 - 13h00	**Simpósio Satélite - ROCHE** SALA 1
13h00 - 14h00	*Almoço*
14h00 - 14h30	**Posters**
14h30 - 16h00	**Espondilartrites** SALA 1 **Interface com Medicina Interna** SALA 2
16h00 - 16h30	*Intervalo*
16h30 - 18h00	**Comunicações Livres** SALA 1 **Artrite Inicial** SALA 2 **Imagiologia** SALA 3
18h00 - 19h00	**Simpósio Satélite - ABBOTT** SALA 1
18h00 - 19h00	**Simpósio Satélite** SALA 1
20h30	**Sessão Cultural e Jantar do Congresso**

10 ABRIL . Sábado

08h30 - 09h00	**Posters**
09h00 - 10h30	**DRS/LES** SALA 1 **Interface com Clínica Geral** SALA 2
10h30 - 11h00	*Intervalo*
11h00 - 12h30	**SPR/SER/SBR** SALA 1 **Osteoporose** SALA 2 **Acomp. doente reumático** SALA 3
12h30 - 13h15	**Resumo do Congresso** SALA 1
13h15 - 13h30	**Encerramento** SALA 1

Cerezyme®
imiglucerase

Fabrazyme®
agalsidase beta

ALDURAZYME®
(LARONIDASE)

Myozyme®
(alglucosidase alfa)

genzyme

PT/CEL/0007/2009 – 27 de Fevereiro 2009

Lisboa a Oriente

Outrora zona de arrumos do Estado e da indústria petrolífera, a zona oriental de Lisboa é hoje um parque de luxo para viver e passear

Um matadouro industrial sem condições sanitárias e ambientais. Cemitérios de guerra. Contentores com lixo aleatório de utilização clandestina. Um cheiro característico proveniente do funcionamento deficiente dos sistemas de drenagem de resíduos e do descarregamento directo dos esgotos no estuário do Tejo. Depósitos esburacados de diversas empresas petrolíferas.

Era este o cenário da zona oriental de Lisboa, antes de se transformar num extenso parque urbano, onde, hoje, o preço por metro quadrado para habitação varia entre os 2.058 euros e os 2.572 euros, segundo dados da APEMIP (Associação dos Profissionais e Empresas de Mediação Imobiliária de Portugal).

O mérito deste "extreme makeover" pertence à Expo'98, a última exposição mundial do século XX, construída totalmente do zero. Gil, a mascote, recebeu de braços abertos cerca de 11 milhões de visitantes, entre 22 de Maio e 30 de Setembro de 1998. As áreas degradadas deram lugar a projectos inovadores de arquitectura, engenharia e construção. Os terrenos imersos em sucata foram solo de construção para recintos que permanecem hoje no agora designado Parque das Nações, como o Oceanário, o maior aquário do mundo, projectado pelo arquitecto Peter Chermayeff, o Pavilhão Atlântico, do arquitecto Regino Cruz, e a estação do Oriente, desenhada por Santiago Calatrava.

> "Hoje, o preço por metro quadrado para habitação varia entre os 2.058 e os 2.572 euros, segundo dados da APEMIP"

12 anos depois

Actualmente, estima-se que vivam no Parque das Nações mais de 20.000 pessoas em oito

mil apartamentos. A arquitectura futurista atraiu também 900 espaços comerciais. As torres gémeas de São Gabriel e São Rafael, desenhadas para parecerem caravelas gigantes, junto ao Centro Comercial Vasco da Gama, acolhem algumas das multinacionais mais importantes e apartamentos que custam entre 350 mil e um milhão de euros.

Viver na zona Expo é um paraíso, afirmam os seus moradores. Estão perto de tudo, justificam, e têm a sensação de viver numa estância turística. A proximidade do rio, a existência de zonas verdes e as ofertas culturais e gastronómicas são, segundo a antropóloga Maria Assunção Gato, autora de uma tese de doutoramento sobre os estilos de vida no Parque das Nações ("Do Espaço para os Estilos de Vida: uma perspectiva sobre o consumo da 'Cidade Expo 98'") os motivos mais apontados, precisamente aquilo que atrai também centenas de visitantes à area, sobretudo ao fim-de-semana (algo que não agrada mesmo aos moradores).

> "Viver na zona Expo é um paraíso, afirmam os seus moradores"

A arte urbana acompanha os passeios que podem ser dados ao longo da Doca dos Olivais e da Alameda dos Oceanos. A calçada típica portuguesa prestou-se a obras de artistas como "Alto Mar" de Fernando Conduto, "Monstros Marinhos" de Pedro Proença, "Calçada do Mar Português" de Xana, "Caminho da Água" de Rigo. As esculturas em cobre, chapas de alumínio e painéis de azulejo cruzam-se com os visitantes no Passeio Ribeirinho e no Rossio dos Olivais. Quanto a eventos, há cinco espaços que se destacam: o Teatro Camões, residência da Companhia Nacional de Bailado; o Pavilhão Atlântico, espaço para grandes concertos; a Feira Internacional de Lisboa; o Pavilhão do Conhecimento, agora um museu interactivo de ciência e tecnologia; o Pavilhão de Portugal que apresenta exposições temporárias e, claro, o Casino de Lisboa.

LISBOA EXPO'98

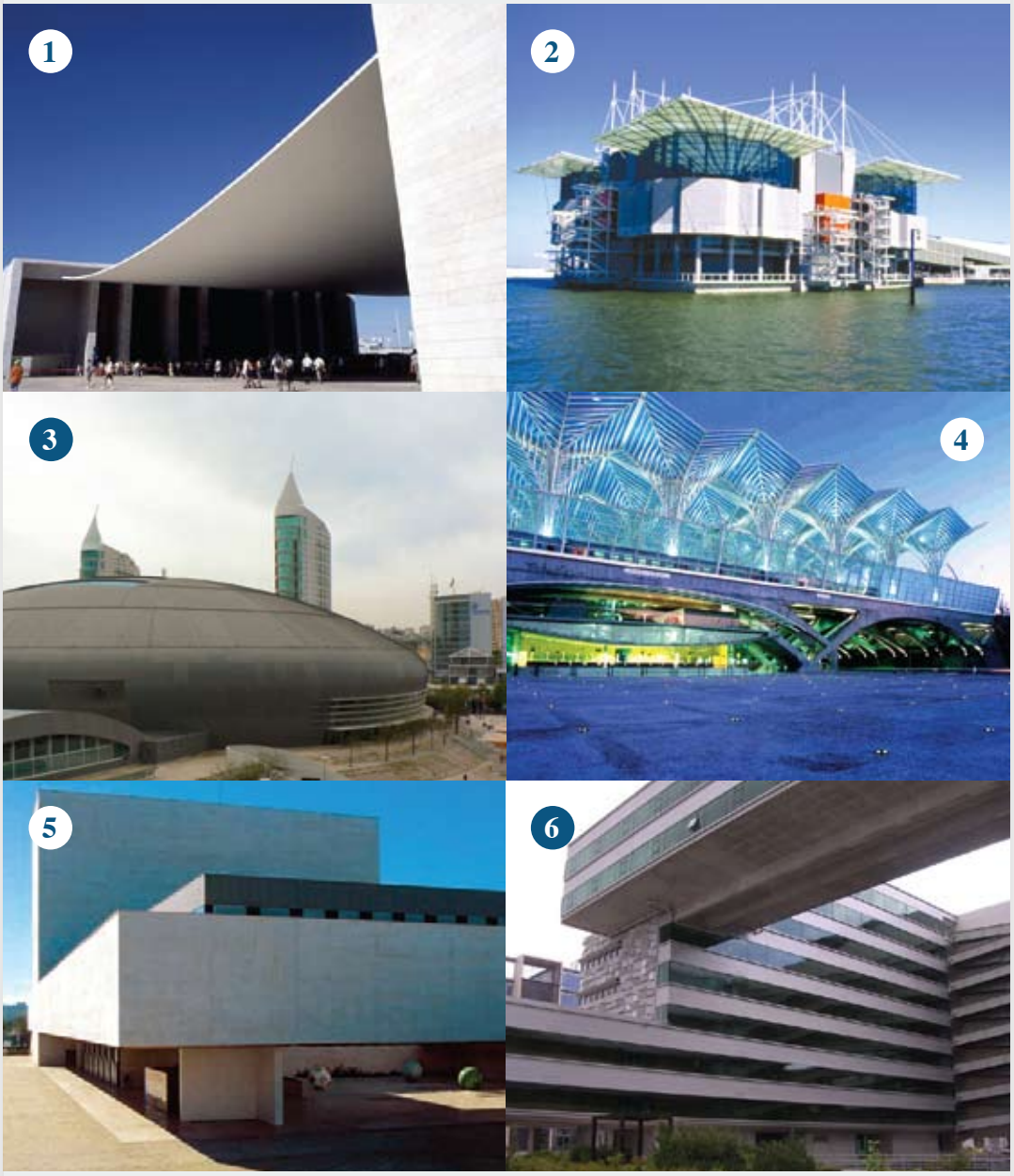
A ideia de acolher uma exposição mundial em Lisboa partiu de António Mega Ferreira e Vasco Graça Moura, na altura ambos comissários para as comemorações dos 500 anos dos Descobrimentos Portugueses. A eles se deve o feito de, em 1992, a candidatura de Lisboa ter ganho à de Toronto. A localização escolhida para albergar a exposição foi a zona oriental de Lisboa, em detrimento de outras hipóteses ponderadas, como Alcântara-Belém e a Margem Sul, constituindo a quase derradeira oportunidade de recuperar a reconverter urbanisticamente uma área há muito abandonada. Foi então criada a Parque Expo, com o objectivo de projectar um espaço urbano de raiz e revitalizar a zona oriental de Lisboa.

As ofertas gastronómicas fazem, por sua vez, jus ao nome "Parque das Nações". No Rossio dos Olivais, é possível usufruir da cozinha brasileira (Búfalo Grill), italiana (La Rúcula) e, naturalmente, da portuguesa tradicional ou de fusão. Na Alameda dos Oceanos, convivem as cozinhas japonesa (Origami Sushi House e Samurai), indiana (Real Indiana), suíça (La Brasserie de L´Entrecôte) e brasileira (Sabor a Brasil). E ainda há os sabores argentinos (La Parrilla) na Rua da Pimenta e a derradeira experiência afrodisíaca no restaurante Afreudite, no Passeio das Garças.

Os jardins ocupam um terço do Parque das Nações. O foco é a Alameda dos Oceanos, com um sistema de jogos de água – vulcões – e vários projectos de arte pública ao longo de dois quilómetros. O Parque Tejo, com cerca de 80 hectares, o passeio ribeirinho e os Jardins Garcia d' Orta, com talhões da Macaronésia, África, Coloane, Goa São Tomé e Brasil, proporcionam experiências enriquecedoras para os mais pequenos.

Ontem e hoje, a zona oriental de Lisboa continua única e na boca do mundo. Mas, desta vez, por boas razões. ■

O Parque das Nações reúne o maior número de prémios por metro quadrado em Lisboa. E estes são apenas alguns…



1 **Pavilhão de Portugal** (arq. Siza Vieira) Prémio Valmor 1998 | Prémio Leca de Construção 1998

2 **Oceanário de Lisboa** (arq. Peter Chermayeff) Menção Honrosa do Prémio Valmor 1998 | Um dos 10 Melhores Eventos Científicos em 1998 (Revista Time) | Prémio Chiaja '98 Per Le Scienze (Nápoles, 1998) | Prémio EMAS 2005 (Eco-Management and Audit Scheme) | Medalha de Mérito Turístico 2006

3 **Pavilhão Atlântico** (arq. Regino Cruz e SOM-Skidmore, Owings & Merrill) Menção Honrosa do Prémio Valmor 1998 | Medalha de Ouro na categoria de "Equipamento Desportivo para Eventos Internacionais" do International Olympic Commitee and International Association of Sports and Leisure Equipment (IOC/IAKS) EC 2001 | Prémio Publituris 2004 para "Melhor Espaço para Congressos" | Prémio Publituris 2005 para "Melhor Espaço para Congressos"

4 **Estação do Oriente** (arq. Santiago Calatrava) Prémio Brunel Madrid 98 | Uma das "100 Obras de Engenharia Civil mais notáveis construídas em Portugal no Século XX" (Ordem dos Engenheiros-2003)

5 **Pavilhão do Conhecimento** (arq. Carrilho da Graça) Prémio Valmor 1998 | Grande Prémio do Júri para o Desenvolvimento das Artes Decorativas – Madrid FAD 99 (Revista Imobiliária)

6 **Edifício da Vodafone** (arq. Alexandre Burmester) Prémio Valmor 2005

Um dia em Florença

Depois dos congressos, se lhe sobrar um dia para visitar a capital da Toscânia, saiba como aproveitá-lo da melhor forma, sem ficar com a sensação de que perdeu alguma coisa

Ponte Vecchio com as célebres lojas de ourivesaria tradicional

Há um requisito de visita obrigatório a Florença: percorrer a cidade a pé. Só desta forma se desfruta das expressões artísticas que emergem (quase de forma espontânea) em todos os recantos, mesmo nos mais inusitados. Para conseguir ver todas as atracções da cidade num dia, o melhor é mesmo aventurar-se… de forma planeada. Recolha um dos mapas presentes em todos os hotéis e postos de turismo e siga o roteiro que preparámos para si.

09h00 Pequeno-almoço na Piazza della Signoria ao pé de Michelangelo

Os hotéis têm pequeno-almoço, mas se lhe apetecer, a seguir, o original café expresso italiano, desloque-se à Piazza della Signoria. Considerada a principal praça da cidade, é lá que se situa o célebre museu ao ar livre cercado por esculturas, como "Perseu" de Cellini, o "Rapto das Sabinas" de Giambologna ou "David" de Michelangelo (uma cópia – o verdadeiro está na Galleria della Academia).

> "Para conseguir ver todas as atracções da cidade num dia, o melhor é mesmo aventurar-se… de forma planeada"

10h00 Visita à Galeria degli Uffizi

É o museu mais famoso da cidade. Acolhe um vasto acervo de esculturas, quadros e porcelanas, além daquelas preciosidades, como "O Nascimento de Vénus" e "Anunciação da Primavera" de Boticelli ou a "Madonna del Cardellino" de Rafael. Para não perder horas na fila (o que comprometeria a sua visita a Florença num dia), reserve a sua entrada no *site* oficial uns dias antes (www.GalleriaUffizi.museum-ticket.it).

12h00 Shopping!

Não espere encontrar pechinchas em Florença. Se quer comprar joalharia tradicional e contemporânea em ouro e prata, deite o olho às lojas minúsculas que se propagam na Ponte Vecchio (ou, am alternativa, passe por lá quando tiver de atravessar a ponte para ir ao Piazzale Michelangelo). Construída em 1345, servia de passagem à família Médici (ver caixa) para esta atravessar o rio sem se misturar com o povo. Não se esqueça também de que Florença tem uma tradição longa de mercados ao ar livre. O de San Lorenzo é considerado o mais importante da cidade. Situado em pleno centro histórico, entre a

Galeria degli Uffizi

Piazza della Signoria

Mercado de San Lorenzo

Battistero con la Porta del Paradiso

Basílica Santa Maria Novella

Duomo

Loggia dei Lanzi

Florença é cenário de obras de grandes mestres do Renascimento, como Michelangelo, Leonardo da Vinci, Giotto, Raphael, Donatello, entre outros. É também a cidade-natal de Dante Alighieri, autor da "Divina Comédia". O que poucos visitantes sabem é que a cidade deve este legado artístico à família Médici, que governou Florença desde o início do século XV até meados do século XVIII e que, nessa altura, patrocinou a maior parte das obras de arte.

Piazza San Lorenzo e a Via dell' Ariento, é famoso pelos artigos em pele, a roupa e lembranças. Encerra aos domingos e segundas.

Por fim, se, por acaso, tiver a sorte de visitar Florença no mês de Janeiro, então visite a Piazza Santa Croce… Hummm! É lá que decorre todos os anos a famosa feira de chocolate artesanal com direito a degustação.

13h30 Almoço nas *trattorias* típicas

Cada recanto da cidade convida aos prazeres da mesa. Os pratos típicos são a *ribollita* e *pappa al pomodoro* (sopas de pão e tomate, respectivamente), os *fagiolo* (feijões), as *pappardelle alla lepre* (massa italiana com lebre). Se quiser provar o vinho da região, peça o de Chianti. Na Piazza Santa Maria Novella situam-se algumas das mais famosas *trattorias* toscanas. Depois do almoço, e já que está na área, visite a basílica Santa Maria Novella com três monumentais claustros e os Cappellone degli Spagnoli.

> Se quiser provar o vinho da região, peça o de Chianti"

15h00 Piazza del Duomo

De seguida, caminhe (não está muito longe) até à Piazza del Duomo, considerado o centro religioso da cidade. A catedral Duomo (também chamada de Basílica di Santa Maria del Fiore) é a quarta maior do mundo e acolhe obras-primas renascentistas de Zuccari, Donatello, Uccello e Ghiberti. A igreja, revestida com mármore verde, rosa e branco, demorou dois séculos a ser construída, sendo uma das principais atracções de Florença.

18h00 Ver o pôr-do-sol a partir da Piazzale Michelangelo

Cerca de 20 minutos a pé da Piazza del Duomo (subindo a Piazza Poggi), chega ao Piazzale Michelangelo, desenhado em 1869 por Giuseppe Poggi como tributo a Michelangelo. O terraço sumptuoso oferece uma vista panorâmica de Florença e do vale do rio Arno.

20h00 Jantar no Alle Murate

Jantar neste restaurante é mesmo uma experiência única. Fica situado no Palazzo dell' Arte dei Giuduci e Notai (Via del Proconsolo, 16) e pode comer as melhores propostas da cozinha italiana ao mesmo tempo que observa frescos do século XIII. Se preferir uma ementa mais criativa e moderna, experimente o Ristoranti Enoteca Pinchiorri, detentor de 3 estrelas no guia Michelin. A carta de vinhos é das mais completas da cidade (Via Ghibellina, 8, http://www.enotecapinchiorri.it/). ■

Na vida todos precisamos de referências

Ogasto® 30 mg

Lansoprazol original

Referência na classe dos IBPs, único sob a forma orodispersível.

Medicamenta®

Novamente uma referência na área da saúde.

Tal como o Sol e a Natureza são grandes referências para viver, a família é a nossa principal referência para crescer. Se no passado as estrelas serviram de referência para navegadores como Cristovão Colombo descobrirem novos mundos, no futuro a água será a principal referência como suporte à vida. A verdade é que todos precisamos de referências, em que possamos acreditar e confiar.
Faz parte de quem somos.

OGA-0709-026-AN

Takeda

MEDICAMENTA®

por si

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

1. Denominação do medicamento Ogasto® 30 mg Comprimidos orodispersíveis. **2. Composição qualitativa e quantitativa** Cada comprimido orodispersível contém 30 mg de lansoprazol. Excipientes: Cada comprimido orodispersível de 30 mg contém 30 mg de lactose e 9,0 mg de aspartame. Lista completa de excipientes: lactose monohidratada, celulose microcristalina, carbonato de magnésio pesado, hidroxipropilcelulose de baixo grau de substituição, hidroxipropilcelulose, hipromelose, dióxido de titânio, talco, manitol, copolímero do ácido metacrílico-acrilato de etilo (1:1) dispersão a 30%, poliacrilato dispersão a 30%, macrogol 8000, ácido cítrico anidro, monoestearato de glicerilo, polisorbato 80, óxido de ferro amarelo (E172), óxido de ferro vermelho (E172), citrato de trietilo, crospovidona, estearato de magnésio, aroma a morango e aspartame. **3. Forma farmacêutica** Comprimido orodispersível branco a amarelo esbranquiçado, com a gravação 30 num dos lados do comprimido. Cada comprimido orodispersível contém micrograânulos de cor laranja a castanho escuro. **4. Indicações terapêuticas** Tratamento da úlcera duodenal e da úlcera gástrica, tratamento da esofagite de refluxo, profilaxia da esofagite de refluxo, erradicação do *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) quando utilizado em combinação com a terapêutica antibiótica adequada para o tratamento das úlceras associadas ao *H. Pylori*, tratamento das úlceras duodenais e gástricas benignas associadas aos AINEs em doentes sob terapêutica continuada com AINEs, profilaxia das úlceras duodenais e gástricas associadas aos AINEs em doentes de risco (ver secção 5) sob terapêutica continuada, doença do refluxo gastroesofágico sintomática, síndrome de Zollinger-Ellison. **5. Posologia e modo de administração Ogasto** deve ser tomado uma vez ao dia, de manhã, excepto quando usado para a erradicação do *H. pylori*, altura em que deve ser tomado duas vezes ao dia, de manhã e à noite, para obter um efeito óptimo. **Ogasto** deve ser tomado pelo menos 30 minutos antes das refeições. Os comprimidos **Ogasto** têm um sabor a morango e devem ser colocados sobre a língua e chupados suavemente. O comprimido dispersa-se rapidamente na boca, libertando os micrograânulos gastrorresistentes que são engolidos com a saliva. Em alternativa, o comprimido pode ser tomado inteiro com água. Os comprimidos orodispersíveis podem ser dispersos numa pequena quantidade de água e administrados através de um tubo nasogástrico ou de uma seringa oral. ***Tratamento da úlcera duodenal:*** A dose recomendada é de 30 mg, uma vez ao dia, durante 2 semanas. Para os doentes, que neste período de tempo, não estejam completamente curados, a terapêutica é continuada com a mesma dose durante mais duas semanas. ***Tratamento da úlcera gástrica:*** A dose recomendada é de 30 mg, uma vez ao dia, durante 4 semanas. As úlceras cicatrizam normalmente em 4 semanas, mas para os doentes, que neste período de tempo, não estejam completamente curados, a terapêutica pode ser continuada com a mesma dose durante mais 4 semanas. ***Esofagite de refluxo:*** A dose recomendada é de 30 mg, uma vez ao dia, durante 4 semanas. Para os doentes, que neste período de tempo, não estejam completamente curados, a terapêutica pode ser continuada com a mesma dose durante mais 4 semanas. ***Profilaxia da esofagite de refluxo:*** 15 mg uma vez ao dia. A dose pode ser aumentada até 30 mg/dia, conforme necessário. ***Erradicação do* Helicobacter pylori*:*** Na selecção da terapêutica de combinação adequada devem considerar-se as orientações locais oficiais relativas à resistência bacteriana, à duração do tratamento (normalmente 7 dias mas por vezes até 14 dias) e à utilização adequada de agentes antibacterianos. A dose recomendada é de 30 mg de **Ogasto**, duas vezes ao dia, durante 7 dias em combinação com um dos seguintes: 250-500 mg de claritromicina, duas vezes ao dia + 1 g de amoxicilina, duas vezes ao dia; 250 mg de claritromicina, duas vezes ao dia + 400-500 mg de metronidazol, duas vezes ao dia. Quando a claritromicina é combinada com **Ogasto** e amoxicilina ou metronidazol obtêm-se taxas de erradicação do *H. pylori* de até 90%. Seis meses após um tratamento de erradicação com sucesso, o risco de re-infecção é baixo e é por isso pouco provável a recorrência. Também se observou a utilização de um regime incluindo 30 mg de lansoprazol, duas vezes ao dia, 1 g de amoxicilina, duas vezes ao dia e 400-500 mg de metronidazol, duas vezes ao dia. Com esta combinação observaram-se taxas de erradicação inferiores às dos regimes envolvendo claritromicina. Quando as taxas locais de resistência ao metronidazol forem baixas, este regime pode ser adequado aos doentes que não podem tomar claritromicina como parte da terapêutica de erradicação. ***Tratamento das úlceras duodenais e das úlceras gástricas benignas associadas aos AINEs em doentes sob terapêutica continuada com AINEs:*** 30 mg, uma vez ao dia, durante quatro semanas. Nos doentes não completamente curados o tratamento pode ser continuado durante mais quatro semanas. Para os doentes em risco ou com úlceras difíceis de curar, provavelmente deve ser usado um tratamento mais longo e/ou uma dose mais alta. ***Profilaxia das úlceras duodenais e gástricas associadas aos AINEs em doentes de risco (como idade > 65 anos ou história de úlcera duodenal ou gástrica) sob terapêutica continuada com AINEs:*** 15 mg, uma vez ao dia. Se o tratamento falhar deve usar-se uma dose de 30 mg, uma vez ao dia. ***Doença do refluxo gastroesofágico sintomática:*** A dose recomendada é de 15 ou 30 mg/dia. O alívio dos sintomas é rapidamente obtido. Devem considerar-se ajustes da dose individuais. Se os sintomas não são aliviados em 4 semanas com uma dose diária de 30 mg, recomenda-se nova observação. ***Síndrome de Zollinger-Ellison:*** A dose inicial recomendada é de 60 mg, uma vez ao dia. A dose deve ser ajustada individualmente e o tratamento deve ser continuado durante tanto tempo quanto o necessário. Já foram usadas doses diárias até 180 mg. Se a dose diária necessária exceder 120 mg, esta deve ser dada dividida em duas doses. ***Insuficiência da função renal ou hepática:*** Não é necessário um ajuste da dose nos doentes com insuficiência da função renal. Os doentes com doença hepática moderada a grave devem ser observados regularmente e recomenda-se uma redução de 50% na dose diária (ver secção 8). ***Idosos:*** Dependendo das necessidades individuais, pode ser necessário ajustar a dose nos idosos devido a uma redução da clearance do lansoprazol. Nos idosos, a dose diária de 30 mg não deve ser excedida, a não ser que hajam indicações clínicas evidentes. ***Crianças:*** A utilização de **Ogasto** nas crianças não está recomendada uma vez que os dados clínicos são limitados. **6. Contra-indicações** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer dos excipientes. O lansoprazol não deve ser administrado com atazanavir (ver secção 9). **7. Efeitos indesejáveis** As frequências são definidas como frequentes (>1/100, <1/10); pouco frequentes (>1/1.000, <1/100); raros (>1/10.000, <1/1.000); muito raros (<1/10.000).

	Frequentes	**Pouco frequentes**	**Raros**	**Muito raros**
Doenças do sangue e do sistema linfático		Trombocitopenia, eosinofilia, leucopenia	Anemia	Agranulocitose, pancitopenia
Perturbações do foro psiquiátrico		Depressão	Insónia, alucinações, confusão	
Doenças do sistema nervoso	Cefaleia, tonturas		Inquietação, vertigens, parestesia, sonolência, tremor	
Afecções oculares			Distúrbios visuais	
Doenças gastrointestinais	Náusea, diarreia,dor no estômago, obstipação, vómitos, flatulência, boca ou garganta seca		Glossite, candidíase do esófago, pancreatite, perturbações do paladar	Colite, estomatite

Afecções hepatobiliares	Aumento das enzimas hepáticas		Hepatite, icterícia	
Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos	Urticária, prurido, erupção		Petéquia, púrpura, queda de cabelo, eritema multiforme, fotossensibilidade	Síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica
Afecções musculosqueléticas e dos tecidos conjuntivos		Artralgia, mialgia		
Doenças renais e urinárias			Nefrite intersticial	
Doenças dos órgãos genitais e da mama			Ginecomastia	
Perturbações gerais e alterações no local de administração	Fadiga	Edema	Febre, hiperhidrose, angioedema, anorexia, impotência	Choque anafiláctico
Exames complementares de diagnóstico				Aumento dos níveis de colesterol e triglicéridos, hiponatremia

8. Advertências e precauções especiais de utilização Tal como com outras terapêuticas anti-ulcerosas, deve ser excluída a possibilidade de tumor gástrico maligno ao tratar uma úlcera gástrica com lansoprazol já que o lansoprazol pode mascarar os sintomas e retardar o diagnóstico. Em doentes com disfunção hepática moderada a grave o lansoprazol deve ser administrado com precaução (ver secção 5). Pode esperar-se que a redução da acidez gástrica devida ao lansoprazol aumente a contagem gástrica de bactérias normalmente presentes no tracto gastrointestinal. O tratamento com lansoprazol pode conduzir a um ligeiro aumento do risco de infecções gastrointestinais como *Salmonella* e *Campylobacter*. Em doentes com úlceras gastro-duodenais, deve considerar-se a possibilidade da infecção por *H. pylori* ser um factor etiológico. Se o lansoprazol é usado em combinação com antibióticos na terapêutica da erradicação do *H. pylori*, as instruções de utilização destes antibióticos também devem ser seguidas. Uma vez que os dados de segurança são limitados nos doentes em tratamento de manutenção à mais de 1 ano, deve regularmente rever-se o tratamento e efectuar-se uma avaliação risco/benefício cuidadosa. Foram relatados casos muito raros de colite em doentes a tomar lansoprazol. Assim, no caso de diarreia grave e/ou persistente, deve considerar-se a descontinuação da terapêutica. O tratamento para a prevenção da ulceração péptica em doentes que necessitam de tratamento continuado com AINEs deve ser restrito aos doentes com risco elevado (por ex., hemorragia gastrointestinal prévia, perfuração ou úlcera, idade avançada, utilização concomitante de medicação conhecida por aumentar a probabilidade de ocorrência de eventos adversos GI superiores [por ex. corticosteróides ou anticoagulantes], a presença de um factor de co-morbilidade grave ou o uso prolongado das doses máximas recomendadas de AINEs). Como **Ogasto** contém lactose, doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase de Lapp ou malabsorção da glucose-galactose não devem tomar este medicamento. **9. Interacções medicamentosas e outras formas de interacção *Efeitos do lansoprazol noutros medicamentos:*** *Medicamentos com absorção dependente do pH:* O lansoprazol pode interferir com a absorção de medicamentos para os quais o pH gástrico é crítico em termos de biodisponibilidade. Atazanavir: Um estudo demonstrou que a co-administração de lansoprazol (60 mg, uma vez ao dia) com 400 mg de atazanavir a voluntários saudáveis resultou numa redução substancial da exposição do atazanavir (redução de aproximadamente 90% na AUC e na Cmax). O lansoprazol não deve ser co-administrado com o atazanavir (ver secção 6). Cetoconazol e itraconazol: A absorção do cetoconazol e do itraconazol do tracto gastrointestinal é aumentada pela presença de ácido gástrico. A administração do lansoprazol pode resultar em concentrações sub-terapêuticas do cetoconazol e do itraconazol e a combinação deve ser evitada. Digoxina: A co-administração de lansoprazol e digoxina pode levar a um aumento dos níveis plasmáticos da digoxina. Os níveis plasmáticos da digoxina devem assim ser monitorizados e a dose de digoxina ajustada se necessário, quando o tratamento com lansoprazol é iniciado ou terminado. *Medicamentos metabolizados pelas enzimas P450:* O lansoprazol pode aumentar as concentrações plasmáticas de medicamentos metabolizados através do CYP3A4. Aconselha-se cuidado ao combinar o lansoprazol com fármacos metabolizados por esta enzima e que tenham uma janela terapêutica estreita. Teofilina: O lansoprazol reduz a concentração plasmática da teofilina, o que pode reduzir o efeito clínico esperado para a dose. Aconselha-se cuidado ao combinar os dois medicamentos. Tacrolímus: A co-administração do lansoprazol aumenta as concentrações plasmáticas do tacrolímus (um substrato do CYP3A e da P-gp). A exposição do lansoprazol aumenta a exposição média do tacrolímus até 81%. Aconselha-se a monitorização das concentrações plasmáticas do tacrolímus quando se inicia ou termina o tratamento concomitante com lansoprazol. *Medicamentos transportados pela glicoproteína P:* Observou-se que o lansoprazol inibe a proteína de transporte, P-glicoproteína (P-gp) *in vitro*. A relevância clínica deste facto é desconhecida. ***Efeitos de outros medicamentos no lansoprazol:*** *Fármacos que inibem o CYP2C19:* Fluvoxamina: Quando o lansoprazol é combinado com o inibidor do CYP2C19 fluvoxamina pode considerar-se uma redução da dose. As concentrações plasmáticas do lansoprazol aumentam até 4 vezes. *Fármacos que induzem o CYP2C19 e o CYP3A4:* Indutores enzimáticos que afectam o CYP2C19 e o CYP3A4 como a rifampicina e o hipericão (*Hypericum perforatum*) podem reduzir marcadamente as concentrações plasmáticas do lansoprazol. *Outros:* Sucralfato/Antiácidos: O sucralfato e os antiácidos podem reduzir a biodisponibilidade do lansoprazol. Assim, o lansoprazol deve ser tomado pelo menos 1 hora após a administração destes medicamentos. Não foram demonstradas quaisquer interacções clinicamente significativas do lansoprazol com os fármacos anti-inflamatórios não esteróides, embora não tenham sido realizados estudos de interacção formais. **10. Titular da autorização de introdução no mercado** Lusomedicamenta – Sociedade Técnica Farmacêutica, SA Estrada Consiglieri Pedroso, 69 B, Queluz de Baixo, 2730-055 Barcarena. **Medicamento sujeito a receita médica. Comparticipado de acordo com o escalão B (69%). Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.** 04/2009

viartril®-S

sulfato de glucosamina

ROTTAPHARM | MADAUS
Laboratórios Delta, Lda.

Laboratórios Delta, Lda
Rua Direita de Massamá, 148 • 2745-751 Massamá
Contribuinte nº 500 802 360 • Capital Social €500 000,0 • Mat. na Cons. do Reg. Com. de Sintra sob o Nº 2317 - Fls 192, L.º C-6

www.delta.pt

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RCM (IECRCM), DE ACORDO COM O REGULAMENTO DA PUBLICIDADE (DELIB. 044/CD/2008) NOME DO MEDICAMENTO: VIARTRIL-S, 1500 mg, pó para solução oral. **COMPOSIÇÃO:** Cada saqueta contém 1500 mg de Sulfato de glucosamina. Contém aspartamo, sorbitol e sulfato de sódio. **FORMA FARMACÊUTICA:** Pó para solução oral. **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:** Tratamento dos sintomas da osteoartrose. Efeito sobre os sintomas evidente 2-3 semanas após o início da administração, com eficácia sintomática ideal após ciclos de tratamentos continuados de 3 ou 6 meses com um efeito residual evidente durante 2 meses após a suspensão do fármaco. O tratamento diário contínuo até 3 anos demonstrou alívio sintomático sustentado dos sintomas e atraso do estreitamento da entrelinha articular, a principal alteração radiológica na osteoartrose. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** O conteúdo de uma saqueta (dissolvido num copo de água) tomado 1x / dia, de preferência às refeições. A glucosamina não está indicada no tratamento da dor aguda. Se não houver alívio dos sintomas após 2-3 meses, o tratamento prolongado com glucosamina deve ser reavaliado. Não há recomendação de dose em doentes com insuficiência renal e/ ou hepática, uma vez que não foram realizados estudos. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à glucosamina. Em doentes com fenilcetonúria, por conter aspartamo. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO:** Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à frutose não devem tomar este medicamento, por conter sorbitol. Doentes com intolerância à glucose têm de ser monitorizados quanto aos valores da glicemia, em especial no início do tratamento. Possíveis reacções de hipersensibilidade em pessoas alérgicas ao marisco. Em doentes com dieta de sódio controlada, o teor de 150,98 mg de sódio por saqueta tem de ser tido em conta. A administração em crianças e em adolescentes menores de 18 anos deve ser evitada, pois a segurança e a eficácia ainda não foram estabelecidas. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Muito bem tolerado, com efeitos secundários numa pequena proporção de doentes. Efeitos transitórios ou de pequena gravidade, sendo mais comuns a dor e desconforto gástricos, meteorismo, obstipação e diarreia. Outros efeitos, pouco frequentes: eritema, prurido, rash cutâneo. IECRCM aprovada a 09-07-2008. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.

012009VTR0110PT191AN

MEDICAMENTO SUJEITO A RECEITA MÉDICA
Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado

				Regime Geral				Regime Especial			
Nº REGISTO	MARCA E APRESENTAÇÃO	GH	PVP (IVA INCL.) €	PR (IVA INCL.) €	ESTADO €	UTENTE €	COMP. ESTADO €	PR (IVA INCL.) €	ESTADO €	UTENTE €	COMP. ESTADO €
5005277	VIARTRIL-S 1500 mg x 60 saq.	GH0656 Glucosamina	€27,58	€19,25	€13,28	€14,30	69%	€23,10	€19,40	€8,18	84%